التشخيص التفريقي

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

ترجمة

د. محمد القلا | د. فادي ابو نار | د. امين الزعبي

د. اسامة الزعبي | د. سامح نعيم | د. إبراهيم النجرس

هيئة التحرير:

د. محمود طلوزي — رئيس القسم الطبي

أ. زياد الخطيب — رئيس قسم الترجمة

دار القدس للعلوم

دار القدس للعلوم
للطباعة والنشر والتوزيع
دمشق - يرموك - هاتف: ٦٣٤٥٢٩١

مقدمة الناشر

الحمد لله رب العالمين وأفضل الصلاة وأتم التسليم على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والمرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد:

إن المعرفة الطبية النظرية أساسية بالنسبة لأي طبيب ولكن لا يمكنها بحد ذاتها المفاضلة بين إمكانيات وقدرات الأطباء، وذلك لأن واجب الطبيب الرئيسي هو الوصول للتشخيص الدقيق واختيار المعالجة الأنسب للحالة. إن عملية التشخيص عملية معقدة تتدرج من أخذ القصة المرضية إلى القيام بالفحص السريري ثم تحديد قائمة ***التشخيص التفريقي*** ثم إجراء الاختبارات المناسبة للوصول إلى التشخيص النهائي. لا يختلف اثنان بأن أصعب وأهم مرحلة على الإطلاق مما سبق هي مرحلة وضع قائمة ***التشخيص التفريقي*** لأنها كلما كانت أضيق وأدق، كلما كان الوصول للتشخيص أسهل مع ما يرافق ذلك من توفير للجهد والمال.

استناداً لما سبق وجدت دار القدس للعلوم أنه لابد من ترجمة كتاب يعنى بموضوع ***التشخيص التفريقي*** لينضم إلى عشرات الكتب والمراجع التخصصية التي أصدرتها وليكون مكملاً لها، ولقد تحقق ذلك بعون الله وبجهود عدد من الأطباء الذين ساهموا بترجمة وإعداد كتاب:

التشخيص التفريقي

وإننا في دار القدس للعلوم نتوجه بالشكر الجزيل لهم جميعاً ونتمنى أن يكون هذا الكتاب أحد اللبنات الأساسية في بناء الصرح الطبي المتين الذي يجد فيه كل فرد من أبناء شعبنا الرعاية الصحية الكاملة والطمأنينة بأن من يقومون بإدارته والإشراف عليه يتمتعون بالكفاءة والمقدرة على تخليصهم بعون الله من آلامهم ومن كل علّة استولت على أبدانهم.

د. محمود طلوزي

رئيس القسم الطبي

والمدير العام في دار القدس للعلوم

الفهرس

ABDOMINAL PAIN الألم البطني

الألم البطني هو عرض أولي شائع للغاية. قد يكون الألم حاداً (هجمة مفاجئة) أو مزمناً (يدوم لأكثر من بضعة أيام أو يظهر بشكل متقطع). إنه لمن الهام أن تكون قادراً على تمييز أسباب الألم البطني التي تحتاج جراحة مستعجلة، مثال: أم دم أبهرية متمزّقة، داء رتجي منثقب عن تلك التي لا تحتاج جراحة مستعجلة، مثال: قولنج صفراوي، قولنج حالبي، التهاب بنكرياس حاد. إن أسباب الألم البطني كثيرة والقائمة بالأسفل تتضمن بعضاً من أكثر الأسباب شيوعاً لكنها ليست معدّة لتكون شاملة.

الأسباب CAUSES :

المعدية المعوية Castrointestinal:

المعي Gut:

المعدية العفجية:
- قرحة هضمية.
- التهاب المعدة.
- انفتال معدي.
- خباثة.

المعوية:
- التهاب الزائدة الدودية.
- انسداد.
- التهاب الرتوج.
- التهاب معدة وأمعاء.
- الداء المعوي الالتهابي.
- التهاب العقد المساريقية.
- فتق مختنق.
- انغلاف معوي.
- انفتالات.
- السل.

الكبدية الصفراوية:

التهاب حويصل صفراوي حاد.

التهاب حويصل صفراوي مزمن.

التهاب الأقنية الصفراوية.

التهاب الكبد.

البنكرياسية:

التهاب بنكرياس حاد.

التهاب بنكرياس مزمن.

خباثة.

طحالية:

احتشاء.

تمزق عفوي.

السبيل البولي:

التهاب المثانة.

احتباس بولي حاد.

التهاب حويضة وكلية حاد.

قولنج حالبي.

استسقاء الكلية.

كلاء قيحي Pyonephrosis.

كلية عديدة الكيسات.

ورم.

أمراض نسائية:

حمل هاجر متمزق.

انفتال كيسة مبيضية.

كيسة مبيضية متمزقة.

التهاب البوق Salpingitis.

عسرة طمث شديدة.

ألم ما بين الحيضين Mittelschmertz.

الانتباذ البطانى الرحمى.

تنكّس أحمر لورم ليفى.

وعائية:

خنّاق مساريقى (العرج).

أم دم أبهرية.

صمّة مساريقية.

خثار الوريد المساريقى.

التهاب الكولون الإقفاري.

تسلخ أبهري حاد.

الصفاق:

التهاب الصفاق البدئى (نادر).

التهاب الصفاق الثانوي.

جدار البطن:

ورم دموي في غمد العضلة المستقيمة البطنية.

خلف الصفاق:

نزف خلف الصفاق، مثال: استخدام مضادات التخثر.

الألم الرجيع:

الحلأ النطاقى.

ذات رئة فصّية.

مرض الشوك الصدري، مثال: ديسك (فتق نواة لبية)، ورم.

ذات الجنب.

احتشاء العضلة القلبية.

التهاب التامور.

انفتال خصوي.

الأسباب الطبية:

فرط كلس الدم.

اليوريمية.

حماض كيتونى سكري.

داء الخلية المنجلية.

داء أديسون.

بورفيرية متقطعة حادة.

فرفرية هينوخ – شونلاين.

التابس الظهرى.

القصة HISTORY:

■ العمر Age:

هنالك حالات خاصة ذات احتمال حصول أكبر في مجموعات عمرية خاصة، مثال: التهاب العقد المساريقية عند الأطفال، داء الرتوج عند الكهول.

■ الألم Pain:

- توقيت ونمط البدء، مثال: مفاجيء – تدريجي.
- الصفة، مثال: كليل، مبهم، ماغص، حاد، حارق.
- الشدّة.
- الاستمرارية، مثال: مستمر (التهاب الصفاق) ؛ متقطّع (ألم قولنج معوي) .
- التوضع: أين بدأ؟ هل انتقل؟
- الانتشار، مثال: من القطن Loin إلى المغبن في القولنج الحالبي.
- تأثير التنفس والحركة والطعام والتغوط والتبوّل والطمث.
- الإقياء.
- هل الإقياء سابق للألم؟.
- التكرار.
- الصفة، مثال: صفراوي، غائطي، دموي، بشكل طحل القهوة.

■ التغوط Defecation:

- الإمساك: إمساك مطلق مع ألم بطني قولنجي وتوسّع وإقياء يقترح وجود انسداد معوي.
- الإسهال: التكرار، قوام الغائط، وجود دم، وجود مخاط، وجود قيح.

■ **الحمى Fever:**

- أية عرواءات.

■ **القصة السابقة Past history:**

- سوابق جراحية، مثال: الالتصاقات قد تسبب انسداد معوي.
- رض حديث، مثال: تمزق طحال متأخر.
- قصة طمثية، مثال: حمل هاجر.

الفحص EXAMINATION:

■ **العام General:**

هل المريض مستلقٍ بارتياح؟ هل المريض مستلقٍ بشكل ساكن لكن مع ألم، مثال: التهاب الصفاق؟ هل المريض يتلوّى من الألم ، مثال: قولنج حالبي أو مراري؟ هل وجه المريض متوهج الأمر الذي يوحي بالحمى؟.

النبض، الحرارة، التنفس Pulse, temperature, respiration:

يرتفع كلٌّ من النبض والحرارة في الحالات الالتهابية. وقد يرتفعان أيضاً في احتشاء الأمعاء الوشيك. معدل التنفس المتزايد قد يشير لخمج صدري مسبب لألم بطني رجيع.

اعتلال العقد اللمفية الرقبية Cervical lymphadenopathy:

يترافق مع التهاب العقد المساريقية.

الصدر Chest:

ألم رجيع من ذات رئة فصّية.

■ **البطن Abdomen:**

- التأمل: هل يتحرك البطن مع التنفس؟ ابحث عن الندبات، التوسع (التمدد) ، حركات حويّة مرئية (تعزى عادة لانسداد مزمن عند مريض ذي جدار بطني نحيل جداً)، تحرَّ فوهات الفتوق. هل توجد أية كتل واضحة، مثال: كتلة مرئية ونابضة تشير لأم دم أبهرية؟

- الجس: يجب أن يكون المريض مسترخياً، مستلقياً، ويداه على جانبيه. كن لطيفاً وابدأ من أبعد نقطة ما أمكن عن الموقع المؤلم.

تحرَّ وجود الدفاع والصلابة. تحرَّ وجود الكتل، مثال: كتلة الزائدة، كتلة نابضة ومتمددة والتي تشير لأم دم أبهرية.

افحص بحرص فوهات الفتوق. افحص الخصى لاستبعاد الانفتال.

- القرع: مثال: تتواجد الطبلية في التمدد المرافق لانسداد الأمعاء، الأصمية فوق المثانة تعزى إلى احتباس بولي حاد.
- الإصغاء: خذ وقتاً كافياً (30 - 60 ثانية)؛ مثال: البطن الصامت في التهاب الصفاق، أصوات معوية رنّانة عالية الطبقة في الانسداد المعوي.

■ **الفحص الشرجي Rectal examination:**

يتوجب عليك إجراء الفحص الشرجي دوماً.

■ **الفحص المهبلي Vaginal examination:**

قد يكون هناك ضائعات أو مضض مترافقان مع الداء الحوضي الالتهابي. افحص الرحم والملحقات، مثال: حمل، أورام ليفية، حمل هاجر.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام FBC وسرعة التثفل ESR:**

ينخفض الهيموغلوبين في أمراض القرحة الهضمية والخباثات. يرتفع تعداد الكريات البيض في الأمراض الالتهابية والخمجية، مثال: التهاب الزائدة الدودية، التهاب الرتوج. تزداد سرعة التثفل في داء كرون، السل.

- **البولة والكهارل U&Es:**

ترتفع كل من البولة والكرياتينين في اليوريمية. تضطرب الكهارل في الإقياء والإسهال.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

شاذة في التهاب الأقنية الصفراوية والتهاب الكبد. عادة شاذة في التهاب الحويصل الصفراوي الحاد.

- **أميلاز المصل Serum amylase:**

ترتفع بشكل ملحوظ في التهاب البنكرياس الحاد. عادة ترتفع بشكل معتدل في انثقاب القرحة الهضمية أو احتشاء المعي.

- **عينة منتصف الإفراغ البوليMSU:**

يتواجد كل من الدم والبروتين ويكون الزرع إيجابياً في التهاب الحويضة والكلية. تتواجد كريات حمر في القولنج الحالبي.

- **صورة صدر بسيطة CXR:**

يتواجد غاز تحت الحجاب الحاجز في (انثقاب حشا أجوف). ذات رئة فصية سفلية في (الألم الرجيع).

- **صورة بطن بسيطة AXR:**

تظهر الانسداد – عرى معوية متوسعة، موقع الانسداد. علوص موضعي (العروة الحارسة) في كل من التهاب البنكرياس والتهاب الزائدة الدودية الحاد. توسع سمي: كولون متوسع غائب المعالم ومتوذم، في كل من التهاب الكولون القرحي وداء كرون. حصيات كلوية، أم دم أبهرية متكلسة، هواء في الشجرة الصفراوية (علوص الحصيات الصفراوية). 10٪ من الحصيات الصفراوية ظليلة شعاعياً.

- **الأمواج فوق الصوتية US:**

تُظهر: خراجات موّضعة مثال: خراجة زائدة دودية، خراجة جانب كولونية في الداء الرتجي. سائل حر – التهاب صفاق، حبن. أم دم أبهرية. حمل هاجر، كيسة مبيض. حصيات صفراوية، أو دبيلة أو قيلة مخاطية في الحويصل الصفراوي. أورام في الكلية أو كيسات في الكلية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **سكر الدم Blood glucose:**

يرتفع في الحماض الكيتوني السكري.

- **كالسيوم المصل Serum calcium:**

فرط كالسيوم الدم.

- **اختبار VDRL:**

لكشف الإفرنجي (التابس الظهري).

- **اختبار التمنجل Sickling test:**

لكشف داء الخلية المنجلية.

- **بورفوبيلينوجين البول Urinary porphobilinogens:**

يفيد في البورفيرية الحادة المتقطعة.

- **غازات الدم الشرياني ABGS:**

تفيد في الحماض الاستقلابي، مثال: اليوريمية، احتشاء المعي، إنتان، حماض كيتوني سكري.

- **الموجه القندي المشيمائي البشري بيتا βHCG:**

يفيد في كشف الحمل، الحمل الهاجر.

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

يكشف احتشاء العضلة القلبية (ألم رجيع).

- **التنظير المريئي – المعدي – العفجي OGD:**

لكشف القرحة الهضمية، الخباثات.

- **تصوير الجهاز البولي الوريدي IVU :**

يكشف: الحصيات، الانسداد.

- **رحضة الباريوم Barium enema:**

الكارسينوما،انفتالات، انغلاف معوي.

- **رحضة الأمعاء الدقيقة Small bowel enema:**

داء كرون في الأمعاء الدقيقة. لمفوما الأمعاء الدقيقة. كارسينوما الأمعاء الدقيقة.

- **دوبلر دوبلكس Duplex doppler:**

تضيق الشريان المساريقي العلوي (خناق مساريقي) . خثار الشريان المساريقي العلوي. خثار الوريد المسارريقي.

- **التصوير الوعائي Angiography:**

خثار أو انصمام المساريقي العلوي.

- **التصوير المقطعي المحوسب CT:**

أم دم. التهاب بنكرياس، ورم.

ABDOMINAL SWELLINGS التورمات البطنية

قد تكون التورمات البطنية كتلاً معممة أو قد تكون موضعة. تعد التورمات البطنية مشكلة جراحية شائعة. وهي أيضاً وبشكل متكرر تشكل موضوع أسئلة بالامتحان!.

يمكن أن تقسم التورمات البطنية إلى تورمات معممة وأخرى موضعة. المعممة منها وبشكل كلاسيكي توصف بخمسة أحرف "five Fs" F وهي: شحم fat، غائط faeces، أرياح flatus، سائل fluid، جنين fetus. لغرض توصيف التورمات الموضعة، تم تقسيم البطن لسبعة مناطق هي: الربع العلوي الأيمن، الربع العلوي الأيسر، الشرسوف، السرة، البطن السفلي الأيمن، البطن السفلي الأيسر، والمنطقة الخثلية. إنّ ضخامة الكبد وضخامة الطحال والكتل الكلوية على الرغم من الإشارة إليها في هذا المقطع فإنها تناقش بالتفصيل تحت العناوين ذات الصلة في الفصل المناسب من هذا الكتاب.

RIGHT UPPER QUADRANT الربع العلوي الأيمن

الأسباب CAUSES:

الكبد:

انظر ضخامة الكبد صفحة 253.

الحويصل الصفراوي:

قيلة مخاطية.

دبيلة.

كارسينوما.

ثانوي لكارسينوما رأس البنكرياس.

الكولون الأيمن:

كارسينوما.

غائط.

كتلة رتجية.

انفتال أعور.

انغلاف أمعاء.

الكلية اليمنى:

كلية متعددة الكيسات.

استسقاء كلية.

كلاء قيحي.

خراج حول الكلية.

كارسينوما.

سل.

كيسة مفردة.

ورم ويلمز (نفروبلاستوما).

القصة HISTORY:

- **الكبد liver:**

انظر ضخامة الكبد صفحة 253.

- **الحويصل الصفراوي Gall bladder:**

قصة سابقة عن حصيات مرارية. قصة نفخة ناجمة عن عسرة هضم. يرقان. بول غامق. براز باهت. حكّة. نقص وزن حديث قد يشير لوجود كارسينوما رأس البنكرياس أو كارسينوما الحويصل الصفراوي.

- **الكولون الأيمن Right colon:**

يشير وجود كل من: الإعياء والضعف والوسن لوجود فقر دم ناجم عن فقد مزمن للدم. يشير وجود ألم بطني مركزي قولنجي وإقياء وإمساك وتغير عادات التغوط لوجود كارسينوما بالكولون. قد يكون هنالك قصة إمساك شديد يشير لاحتباس الغائط. قصة سابقة للداء الرتجي. تشير قصة نوب من البكاء، ألم بطني ودم ومخاط في البراز (براز بشكل هلام كرزي) إلى انغلاف الأمعاء عند الرضع.

- **الكلية اليمنى Right kidney:**

انظر فقرة تورمات الكلية صفحة 333.

الفحص EXAMINATION:

■ **الكبد Liver:**

انظر صفحة 255.

■ **الحويصل الصفراوي Gall bladdr:**

قد تكون القيلة المخاطية غير ممضة وقد تكون ممضة بشكل معتدل. وتكون هذه القيلة كبيرة ملساء ومتحركة مع التنفس وتبرز تحت غضروف الضلع التاسع على الحافة الوحشية للعضلة المستقيمة البطنية. تتظاهر الدبيلة بحويصل صفراوي ممض بشكل حاد والذي يكون من الصعب تحديده نظراً للألم والمضض. قد يكون المريض مصاباً باليرقان بسبب متلازمة ميريزي Mirrizi syn (ضغط خارجي من حصاة منحشرة في جيب هارتمان على قناة صفراوية مجاورة). قد تظهر كارسينوما الحويصل الصفراوي ككتلة قاسية غير منتظمة في المراق الأيمن. لكن عادة تتظاهر كيرقان انسدادي نتيجة ارتشاحات نقائلية في العقد عند باب الكبد Porta Hepatis مسببة ضغطاً خارجياً على الأقنية الكبدية. الحويصل الصفراوي الأملس والمتضخم مع وجود يرقان قد يكون بسبب كارسينوما رأس البنكرياس (قانون كورفوازيه: 'إن كان الحويصل الصفراوي مجسوساً بوجود يرقان انسدادي فإنه من غير المحتمل أن يكون السبب هو حصيات صفراوية').

■ **الكولون الأيمن Right colon:**

عادة ما يكون البراز طرياً ويشبه المعجون ويمكن أن يكون محززاً لكن من الممكن أن يكون كالصخر أيضاً. عادة ما تكون الكارسينوما عبارة عن كتلة غير منتظمة معتدلة إلى قاسية القوام، وقد تكون متحركة أو ثابتة. عادة ما تكون الكتلة الرتجية ممضة وغير واضحة الحدود ما لم يكن هنالك خراج كبير جانب الكولون. يتظاهر انفتال الأعور بكتلة ذات طبلية قد تكون ممضة في الاحتشاء الوشيك. يتظاهر انغلاف الأمعاء بكتلة ملساء ومتحركة وممضة نقانقية الشكل في المراق الأيمن. ويمكن للكتلة أن تتحرك كلما تطور انغلاف الأمعاء.

■ **الكلية اليمنى Right kidney:**

انظر بحث تورمات الكلية صفحة 333.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل FBC ، ESR :**

ينخفض الهيموغلوبين في فقر الدم، مثال: كارسينوما الكولون، بيلة دموية في الآفات الكلوية. يرتفع الهيموغلوبين، مثال: ورم كلوي كظراني Hypernephroma (كثرة الكريات الحمر المترافقة مع ورم كلوي كظراني). يرتفع تعداد الكريات البيض، مثال: الدبيلة، كتلة رتجية. ترتفع سرعة التثفل في الخباثات.

- **البولة والكهارل U& Es:**

الإقياء والتجفاف، مثال: آفات الحويصل الصفراوي والمعي. يقود الانسداد الحالبي مع الآفات الكلوية إلى يوريمية.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

لكشف آفات الكبد، ارتشاحات نقائلية في الكبد.

- **عينة منتصف الإفراغ البولي MSU:**

لكشف الآفات الكلوية: خلايا دموية حمراء، خلايا قيحية، خلايا ورمية. زرع وتحسس.

- **صورة بطن بسيطة AXR :**

تظهر انسداد الأمعاء الناجم عن كارسينوما في الأمعاء الغليظة. حصيات صفراوية (10٪ منها تكون ظليلة شعاعياً)، انفتال الأعور، إمساك، تكلسات في الآفات الكلوية.

- **الأمواج فوق الصوتية US:**

يفيد في الآفات الكبدية، الحصيات الصفراوية، قيلة مخاطية، دبيلة، توسع الأقنية الصفراوية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الرحضة الباريتية Barium enema:**

تفيد في كشف كارسينوما الكولون، داء الرتوج، انغلاف الأمعاء.

- **تنظير الكولون Colonoscopy:**

يفيد في كشف كارسينوما الكولون، داء الرتوج.

- **التصوير المقطعي المحوسب CT:**

يفيد في الآفات الكبدية، آفات الحويصل الصفراوي والآفات الكلوية.

الربع العلوي الأيسر LEFT UPPER QUADRANT

الأسباب CAUSES:

الطحال Spleen:

انظر فقرة ضخامة الطحال صفحة 457.

المعدة Stomach:

كارسينوما.

تمدد المعدة (توسع حاد، تضيق البواب).

البنكرياس Pancreas:

كيسة كاذبة.

كارسينوما.

الكلية Kidney:

انظر فقرة الربع العلوي الأيمن صفحة 17.

الكولون Colon:

كارسينوما في الزاوية الطحالية.

غائط.

كتلة رتجية.

القصة HISTORY:

- **الطحال Spleen:**

انظر فقرة ضخامة الطحال صفحة 457.

- **المعدة Stomach:**

يوجه الإقياء لوجود تضيق البواب أو تمدد حاد في المعدة أو كارسينوما. يرى كل من الوسن وفقد الشهية ونقص الوزن في كارسينوما المعدة.

■ **البنكرياس Pancreas:**

قد تكون هنالك قصة التهاب بنكرياس حاد والذي قد يشير لتطور كيسة كاذبة. يوجه وجود كل من نقص الوزن وألم الظهر واليرقان لوجود كارسينوما البنكرياس.

قصة بدء حديث للداء السكري قد تحصل عند المصاب بكارسينوما البنكرياس.

■ **الكلية Kidney:**

انظر فقرة تورمات الكلية صفحة 333.

■ **الكولون Colon:**

يوجه الألم القولنجي في القسم السفلي للبطن مع تغير عادات التغوط لوجود كارسينوما أو داء الرتوج. توجه القصة الطويلة للإمساك لوجود كتل برازية.

الفحص EXAMINATION:

■ **الطحال Spleen:**

انظر فقرة ضخامة الطحال صفحة 457.

■ **المعدة Stomach:**

قد يتظاهر التمدد المعدي بامتلاء مبهم وخضخضة. تتظاهر الكارسينوما بكتلة صلبة غير متحركة تشبه الجرف الصخري. قد لا تكون الأورام البنكرياسية مجسوسة. وقد تتظاهر ككتلة ثابتة لا تتحرك مع التنفس عادة ما تكون الكيسات الكاذبة البنكرياسية كبيرة وملساء وقد تكون ممضة.

■ **الكولون Colon:**

انظر فقرة الربع العلوي الأيمن صفحة 17.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التعداد العام للدم وسرعة التثفل ESR وFBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في الكارسينوما. يرتفع الهيموغلوبين في الورم الكلوي الكظراني (كثرة الكريات الحمر تترافق مع الورم الكلوي الكظراني). يرتفع تعداد الكريات البيض في داء الرتوج والأخماج الكلوية.

- **البولة والكهارل U&Es:**

تفيد في الإقياء والتجفاف (في الآفات المعدية والكولونية). الآفات الكلوية.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

تفيد في الآفات الكبدية والإرتشاحات النقائلية في الكبد.

- **اميلاز المصل Serum amylase:**

يفيد في التهاب البنكرياس الحاد.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

يفيد في الضخامة الطحالية والآفات الكلوية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **سكر الدم Blood glucose:**

قد يكون مرتفعاً في كارسينوما البنكرياس.

- **الرحضة الباريتية Barium enema:**

تفيد في الكارسينوما وداء الرتوج.

- **تنظير الكولون Colonoscopy:**

يفيد في الكارسينوما وداء الرتوج.

- **تنظير المعدة Gastroscopy:**

يفيد في كشف كارسينوما المعدة وتضيق البواب.

- **التصوير المقطعي المحوسب CT:**

يفيد في كارسينوما البنكرياس والكيسة البنكرياسية الكاذبة، والنقائل الكبدية وضخامة الطحال والخراجة جانب الكولون.

الشرسوف EPIGASTRIUM

الكثير من التورمات التي تحصل في الشرسوف سوف توصف ضمن تورمات في أقسام أخرى من البطن. على الرغم من القائمة المليئة حول تورمات الشرسوف الواردة في الأسفل، فإنه سيتم فقط وصف تلك التي لم يتم تناولها في مقاطع أخرى وذلك ضمن القصة والفحص.

الأسباب CAUSES:

الجدار البطني:

ورم شحمي.
فتق شرسوفي.
الرُهابة.
ارتشاحات نقائلية.

المعدة:

تضيق البواب الضخامى الخلقى.
كارسينوما.
انفتال معدة حاد

البنكرياس:

انظر فقرة الربع العلوي الأيسر صفحة 21.

الكولون المعترض:

كارسينوما
غائط
كتلة رتجية.

الكبد:

انظر فقرة ضخامة الكبد صفحة 253.

خلف الصفاق:

أم دم أبهرية.
اعتلال عقد لمفاوية (لمفوما، نقائل من كارسينوما الخصية).

الثرب:

نقائل ثربية مثال: المعدة والمبيض.

القصة HISTORY:

■ **جدار البطن Abdominal Wall:**

قد يشير المريض إلى تورم طري تحت الجلد والذي قد يكون ورماً شحمياً أو فتقاً شرسوفياً متضمناً الشحم خارج الصفاق. يحصل الأخير دائماً على الخط الناصف من خلال عيب في الخط الأبيض. قد يختنق الفتق وفي هذه الحالة يصبح ممضاً وقد يصبح الجلد أحمر. قد يشير المريض أحياناً لوجود كتلة عظمية صلبة أعلى الشرسوف، والتي

هي في الحقيقة رهابة سوية. والتي يمكن أن تصبح واضحة إما نتيجة محاولة مقصودة لتخفيف الوزن أو خسارة وزن مفاجئة نتيجة مرض مستبطن. الارتشاحات النقائلية قد تتظاهر بشكل كتلة مفردة أو كتل متعددة ثابتة في الجلد أو في النسج تحت الجلد، مثال: من الثدي أو القصبات.

- **المعدة Stomach:**

قد يتظاهر الطفل بإقياء قذفي. ينجح الرضيع في النمو لـ 3-4 أسابيع ومن ثم يتطور لديه إقياء قذفي بعد الرضعات. الطفل الأول الذكر في العائلة مؤهب بشكل أكبر للإصابة. قد تكون هناك قصة تأهب عائلي خاصة من جانب الأم.

- **خلف الصفاق Retroperitoneum:**

قد تشير قصة ألم الظهر إلى أم دم أبهرية أو قد يعاني المريض من تورم شرسوفي نابض. وقد يكون الألم الظهري العرض البدئي لاعتلال العقد اللمفية خلف الصفاق.

الفحص EXAMINATION:

- **جدار البطن Abdominal Wall:**

إن وجود كتلة طرية متفصصة يشير لورم شحمي. تكون هذه الكتلة متحركة فوق عضلات جدار البطن المتوترة. يشير وجود تورم ممض من حين لأخر، شحمي القوام، وغير متحرك على الخط الناصف إلى فتق شرسوفي. إن معظم الفتوق الشرسوفية تتألف من دهون خارج صفاقية، وبالرغم من ذلك فإنها قد تتألف من كيس يحوي عرى معوية. يكون الدفع بالسعال Cough Impulse محسوساً. قد يكون الفتق قابلاً للرد. الكتل الصلبة، غير المنتظمة، والثابتة في جدار البطن تشير إلى وجود ارتشاحات نقائلية، خصوصاً إذا كانت هنالك قصة كارسينوما ثدي أو قصبات.

- **خلف الصفاق Retroperitoneum:**

تتظاهر أم الدم ككتلة نابضة ومتمددة. تحرّ الدوران القاصي (صمات، اقفار محيطي مرافق). النقائل في العقد اللمفية خلف الصفاق والقادمة من سرطان الخصية قد تتظاهر ككتلة خلف صفاقية كبيرة. افحص الخصى لتحري التورمات. تحرّ كلّ المناطق الأخرى لكشف اعتلال العقد اللمفية (خصوصاً العقدة فوق الترقوة اليسرى).

اعتلال العقد اللمفية قد ينجم أيضاً عن اللمفوما. تحر اعتلال العقد اللمفية في المناطق الأخرى وتحرّ ضخامة الطحال. إن وجود كتلة قاسية متحركة خصوصاً في حال تواجد حبن يشير لنقائل ثربية (مبيض، معدة، تحرّ عقدة فيرشوف وهي عقدة لمفية فوق الترقوة اليسرى).

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل: ESR وFBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في كارسينوما المعدة، كارسينوما الكولون، السراط Carcinomatosis. يرتفع تعداد البيض في التهاب الرتوج

- **البولة والكهارل U&Es:**

الإقياء والتجفاف في الآفات المعدية والكولونية.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

الآفات الكبدية.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

أم دم أبهرية. اعتلال عقد لمفية. كيسة بنكرياسية كاذبة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **سكر الدم Blood glucose:**

قد يكون شاذاً في كارسينوما البنكرياس أو التهاب بنكرياس سابق.

- **التصوير المقطعي المحوسب CT:**

أورام البنكرياس. كيسة بنكرياسية كاذبة. اعتلال عقد لمفية. أم دم أبهرية. نقائل ثربية. خزعة موجهة / دراسة خلوية بالرشف بإبرة رفيعة FNAC.

- **الرحضة الباريتية Barium enema:**

كارسينوما الكولون. داء الرتوج.

- **تنظير الكولون Colonoscopy:**

كارسينوما الكولون. داء الرتوج.

- **تنظير المعدة Gastroscopy:**

كارسينوما المعدة.

- **تنظير البطن Laparoscopy:**

كارسينوما المبيض. نقائل ثربية. السراط الصفاقي.

- **خزعة Biopsy.**

المنطقة السُّرّية UMBILICAL

كثير من التورمات في هذه المنطقة ستكون قد وُصِّفت سابقاً ضمن تورمات في مناطق أخرى من البطن. وسيتم توصيف تلك التي لم يتم تناولها في تلك الفقرات، وذلك ضمن فقرة القصة والفحص.

الأسباب CAUSES :

السطحية:

عقيدة سيسترجوزيف (تدل على وجود خباثة، نادرة).

الفتوق:

جانب سُرّي.

سُرّي.

المعدة:

كارسينوما.

الكولون المعترض:

كارسينوما.

غائط.

كتلة رتجية.

الأمعاء الدقيقة:

داء كرون.

كارسينوما (نادرة).

كيسات مساريقية (نادرة)

الثرب:

ارتشاحات نقائلية، مثال: المعدة، المبيض.

خلف الصفاق:

أم دم أبهرية .عقد لمفية، مثال: لمفوما، نقائل من كارسينوما الخصية.

القصة HISTORY:

■ السطحي Superficial:

تتظاهر عقيدة سيستر جوزيف ككتلة صلبة على السُرّة، وهي تنجم عن ارتشاحات نقائلية من كارسينوما المعدة أو كارسينوما الكولون أو كارسينوما المبيض أو كارسينوما الثدي.

■ الفتق Hernia:

يتظاهر الفتق السُرّي في الطفولة كتورم سُرّي قابل للردّ. وعادة ما يلاحظ عند الولادة. تحصل الفتوق جانب السُرّة عادة عند الكهول البدينين، عادة إناث. قد يكون لدى المريض كتلة لفترة طويلة. قد يتظاهر الفتق بانحشار Incarceration أو بتورم ممض ومؤلم، والذي يدل على الاختناق.

■ الأمعاء الدقيقة Small bowel:

قد يتظاهر المريض بألم قولنجي في منتصف البطن و إقياء وإسهال مما يوحي بوجود داء كرون أو بشكل أندر كارسينوما الأمعاء الدقيقة.

الفحص EXAMINATION:

■ السطحي Superficial:

تتظاهر عقيدة سيسترجوزيف ككتلة أو كتل صلبة في السُرّة. تحرّ وجود كارسينوما المعدة أو الكولون أو المبيض أو الثدي.

■ **الفتق Hernia:**

قد يتواجد عند الأطفال عيب سُرّي كبير سابق. غالباً ما تكون التورمات ذات عنق واسع وقابلة للرد. عند الكهول قد يكون لديهم فتق جانب سُرّي قابل للرد. أحياناً يكون الفتق طرياً ويحتوي كتلاً شحمية خارج صفاقية. وكثيراً ما يكون هنالك كيس يحوي الثرب. وقد يحصل الانحشار. إن وجود تورم أحمر ممض يشير لحدوث الاختناق، وقد يحصل فتق من نمط ريختر في هذا الموقع.

■ **الأمعاء الدقيقة Small bowel:**

تكون الكتل في الأمعاء الدقيقة متحركة جداً عادة، وقد تكون بشكل النقانق Sausage - Shaped، وقد تكون ممضّة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR وFBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في الكارسينوما. يرتفع تعداد البيض في داء الرتوج.

- **البولة والكهارل U&ES:**

الإقياء، التجفاف، مثال كارسينوما المعدة، كارسينوما الأمعاء، داء كرون.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

ترتفع الفوسفاتاز القلوية في النقائل الكبدية.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

أم دم أبهرية، اعتلال عقد لمفية خلف الصفاق.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التصوير المقطعي المحوسب CT:**

أم دم أبهرية. اعتلال عقد لمفية خلف الصفاق، ارتشاحات نقائلية ثربية، خزعة موجهة/دراسة خلوية بالرشف بإبرة رفيعة FNAC.

- **الرحضة الباريتية Barium enema:**

كارسينوما الكولون، داء الرتوج.

- **تنظير الكولون Colonoscopy:**

كارسينوما الكولون، داء الرتوج.

- **تنظير المعدة Gastroscopy:**

كارسينوما المعدة.

- **رحضة الأمعاء الدقيقة Small bowel enema:**

داء كرون، لمفوما، كارسينوما.

- **تنظير البطن Laparoscopy:**

كارسينوما المبيض، نقائل ثربية، السراط الصفاقي.

- **الخزعة Biopsy:**

لتحري الأورام الخبيثة أو الحميدة.

الربعين السفليين الأيمن والأيسر
RIGHT AND LEFT LOWER QUADRANTS

الأسباب CAUSES :

جدار البطن:

ورم شحمي.

فتق سبيغل.

المعي الغليظ:

الربع السفلي الأيمن: كتلة زائدية أو خراجة.

كارسينوما الأعور.

كارسينوما الكولون الصاعد.

غائط.

انفتال الأعور.

انغلاف الأمعاء.

داء كرون.

الربيع السفلي الأيسر: كارسينوما الكولون السينى.
كتلة رتجية.
غائط.
انفتال السين.
داء كرون.

الأمعاء الدقيقة:

داء كرون.
كارسينوما (نادرة).
لمفوما.

المبيض/ الرحم/ قناة فالوب:

كيسة مبيض.
ورم في المبيض.
حمل هاجر.
خراجة مبيضية نفيرية.
ورم ليفى في الرحم.

الكلية:

انظر فقرة تورمات الكلية صفحة 333.

خلف الصفاق

أم دم الشريان الحرقفى.
اعتلال عقد لمفية.
ورم في عظم الحرقفة، مثال: ساركوما عظمية، ورم إوينغ Ewing's tumour (نادر).

القصة HISTORY:

■ جدار البطن الأمامي Anterior abdominal wall:

قد تتطور لدى المريض كتلة طرية بطيئة النمو والتي تدل على ورم شحمي. يحدث فتق سبيغل وحشي العضلة المستقيمية البطنية، بمنتصف المسافة بين السُرّة وارتفاق العانة، وهو عادة قابل للرد.

- **البولة والكهارل U&ES:**

الإقياء، التجفاف، الانسداد بسبب كارسينوما أو داء كرون.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

ترتفع الفوسفاتاز القلوية في النقائل الكبدية.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

الآفات المبيضية، الآفات الرحمية، الخراجات المبيضية – النفيرية، الحمل، الحمل الهاجر، أمهات دم في الشريان الحرقفي، اعتلال العقد اللمفية، كتلة على حساب الزائدة. كتل داء كرون.

- **تصوير البطن الشعاعي AXR:**

الانسداد، عرى معوية متوسعة، الورم المسخي في المبيض (أسنان، الخ)، تآكل العظم الحرقفي – أورام عظمية.

الاستقصاءات الخاصة SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الموجه القندي المشيمائي البشري بيتا βHCG:**

يرتفع في الحمل.

- **التصوير المقطعي المحوسب CT:**

الآفات المبيضية، الآفات الرحمية، الخراجات، الحمل الهاجر، أم دم الشريان الحرقفي، اعتلال العقد اللمفية، كتلة زائدية، أورام عظمية.

- **الرحضة الباريتية Barium enema:**

الكارسينوما، داء الرتوج.

- **رحضة الأمعاء الدقيقة Small bowel enema:**

داء كرون، الكارسينوما، اللمفوما.

- **تنظير الكولون Colonoscopy:**

كارسينوما (خزعة)، داء الرتوج.

- **تفريس العظام Bone scan:**

الأورام العظمية.

SUPRAPUBIC المنطقة فوق العانة

الأسباب CAUSES:

المثانة:

احتباس بولى حاد.

احتباس بولى مزمن.

كارسينوما.

الرحم:

حمل.

ورم ليفى.

كارسينوما.

الأمعاء:

داء كرون.

كارسينوما.

كتلة رتجية.

اخرى:

كيسة المريطاء (السَّرَر المثانى) Urachal Cyst (نادرة).

القصة HISTORY:

■ **المثانة Bladder:**

البدء المفاجئ لألم فوق العانة مع عدم القدرة على تمرير البول يدل على انحباس بولي حاد. عادة ما يكون هنالك قصة مسبقة لصعوبة في البدء بالتبول ودفق خفيف. إن وجود قصة تنقيط بول يشير إلى انحباس بولي مزمن. إن وجود إعياء مع غثيان وإقياء قد يشير إلى قصور كلوي حاد مترافق مع مشاكل في السبيل البولي العلوي ناجمة عن انسداد مزمن لدفق البول. البيلة الدموية وتعدد البيلات، وعسر التبول قد تشير لكارسينوما المثانة.

■ **الرحم Uterus:**

انقطاع الدورة مع إقياء صباحي باكر يشير لوجود حمل. غزارة الطمث وعسرة الجماع تشير لوجود ورم ليفي. النزف بين طمثين يشير لوجود كارسينوما.

■ **المريطاء، السُّرَر المثاني Urachus:**

الضائعات السُّرّية قد تشير لوجود كيسة أو خراجة مريطاء.

الفحص EXAMINATION:

في الأسر البولي الحاد يكون هنالك تورم أملس ممض يمتد باتجاه السرّة لكن لا يتجاوزها. يعطي أصمية بالقرع ومن المستحيل بلوغ أسفله. غالباً ما يكشف المس الشرجي ضخامة موثة حميدة أو أحياناً موثة صلبة غير منتظمة مترافقة مع كارسينوما. في كارسينوما المثانة قد يتم الشعور بكتلة صلبة غير منتظمة جرفية Craggy (كالجرف الصخري) منبثقة من الحوض.

■ **الرحم Uterus:**

إن وجود تورم أملس منتظم منبثق من الحوض يشير لرحم مشتمل على حمل. لاحقاً وأثناء كبر حجم الرحم، فإن أصوات قلب الجنين تصبح مسموعة. يكون الورم الليفي عادة أملساً وثابتاً وقد يصبح ضخماً جداً. تكون كارسينوما الرحم صلبة وجرفية. الفحص بكلتا اليدين قد يثبت التشخيص.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR وFBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في الأورام. يرتفع تعداد البيض في الأخماج.

- **عينة منتصف الإفراغ البولي MSU:**

كريات حمر، كريات بيض، عضيات، الاحتباس المؤهب للخمج، خلايا خبيثة في الكارسينوما.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

الحمل، ورم ليفي، ورم مثاني، كيسة المريطاء.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الموجه القندي المشيمائي البشري بيتا βHCG:**

  الحمل.

- **المستضد الموثي النوعي PSA:**

  كارسينوما الموثة.

- **تنظير المثانة Cystoscopy:**

  ورم مثاني، خزعة.

- **رحضة باريتية Barium enema:**

  كارسينوما الكولون، داء الرتوج، داء كرون.

- **تنظير الكولون Colonoscopy:**

  كارسينوما، داء الرتوج.

- **تصوير مقطعي محوسب CT:**

  آفات مبيضية، آفات رحمية، آفات مثانية، كيسة المريطاء.

فقر الدم ANAEMIA

يُعرّف فقر الدم بأنّهُ نقص تركيز الهيموغلوبين عن 13.5غ / د ل عند الذكور البالغين وعن 11.5غ / د ل عند الإناث البالغات. إنّ تصنيف فقر الدم وفقاً لمشعرات الكرية الحمراء هو تصنيف مفيد لأنه يمكن الاعتماد على نمط الكرية في إجراء الاستقصاءات.

■ **الأسباب CAUSES:**

فقر دم صغير الكريات (MCV < 80fl):

عوز الحديد.

فقر دم المرض المزمن.

الثلاسيميا.

فقر دم سوي الكريات (MCV= 80 - 95fl):

فقد دم حاد.

فقر دم انحلالي:

- تكور الكريات الحمر الوراثي.
- مرض الخلية المنجلية.
- عوزG6PD.
- فقر دم انحلالي مناعي ذاتي.

أعواز مختلطة.

فقر دم ثانوي (أمراض الكبد والكلية).

قصور نقي العظام.

فقر دم كبير الكريات (MCV > 95fl):

فقر دم الأرومات العرطلة:

- عوز$vitB_{12}$.
- عوز الفولات.

الكحولية.

أمراض الكبد.

قصور الدرق.

الحمل.
ارتشاح النقي.
أدوية:
- آزاثيوبرين (مرتبط بالجرعة).

القصة HISTORY:

إنَّ السؤال عن أعراض فقر الدم ومحاولة معرفة السبب الأساسي هي المظاهر الرئيسية في القصة.

■ أعراض فقر الدم Symptoms of anaemia:

إنَّ أعراض فقر الدم تعتمد بشكل كبير على سرعة تطور المرض والعمر وعلى وجود مرض مرافق، وبالمقابل فإن فقر الدم المزمن قد يكون لا عرضياً تماماً عند الشباب والأشخاص اللائقين بدنياً. ويشكل التعب والنوام والزلة التنفسية الشكايات الرئيسية في فقر الدم العرضي. وقد تشمل الأعراض المرافقة الخناق والعرج وذلك بوجود أمراض وعائية محيطية سابقة.

■ قصة الاضطراب الأساسي History of the underlying disorder:

إن فقد الدم هو سبب شائع لفقر الدم بعوز الحديد، وعادةً يمكن بسهولة كشف النزف الصريح من خلال القصة. وينشأ عادة النزف الخفي من السبيل المعدي المعوي وذلك يشكل سبباً هاماً لفقد الدم المزمن. قد يكون لدى المرضى براز زفتي ويمكن أن يعانوا من ألم بطني علوي ناتج عن قرحة هضمية أو التهاب معدة أو جزر معدي مريئي أو سرطان في المعدة (انظر صفحة 9). إن أسباب النزف المعدي المعوي السفلي مفصلة في الصفحة 431. ومن الواجب معرفة كمية وتكرار فقد الدم في فترة الحيض والتحقق من وجود نفث دم أو بيلة دموية. ويمكن أن يؤدي سوء الامتصاص إلى عوز في متطلبات ركيزة أو تميم الأنزيم اللازم لتركيب الهيموغلوبين. ويمكن أن يضعف قطع المعدة أو التهاب المعدة الضموري المترافق بفقر الدم الوبيل من امتصاص كلٍ من الحديد و$vitB_{12}$ وذلك نتيجة التبدلات في PH والتأثيرات على العامل الداخلي على التوالي. كما وقد ينتج الضعف في امتصاص $vitB_{12}$ عن مرض أو استئصال واسعين يشملان اللفائفي الانتهائي مما يؤهب لفقر دم الأرومات العرطلة.

- **القصة القوتية Dietary history:**

من المهم أخذ القصة القوتية، لأنه من الشائع مثلاً أن ينتج عوز الفولات عن قوت فقير به وهذا يتناقض مع الحديد حيث إن القوت الفقير بالحديد لوحده نادراً ما ينتج عنه فقر دم ما لم يترافق مع زيادة استخدامه أو يترافق مع فقد دم. وقد يستغرق العوز الغذائي للفيتامين B_{12} حتى سنتين قبل أن يغدو ذلك واضحاً سريرياً وذلك بسبب وجود مخازن داخلية. كما يجب ملاحظة كمية الكحول المتناولة فقد ينتج عن زيادتها فقر دم كبير الكريات.

- **قصة السوابق الطبية والدوائية Past medical and drug history:**

قد ينتج فقر الدم عن عدد من الأمراض المزمنة، ولكن من المهم أن نستثني الأسباب الأخرى المرافقة قبل أن نعزوه إلى تأثيرات المرض البدئي. لقد تم تدوين الأمراض المؤهبة لفقر الدم كبير الكريات سابقاً. قد يحدث عدم تنسج نقي العظام كاختلاط لالتهاب الكبد الفيروسي أو التعرض للإشعاع وينتج عنه فقر دم لا تنسجي. وإن عوامل المعالجة الكيماوية (الكلورامفينكول والسلفاناميدات) قد تفعّل حدوث قصور نقي العظم. تترافق أخماج الطريق التنفسي بالمفطورات وداء وحيدات النوى الخمجي واللمفومات وأمراض النسيج الضام مع فقر الدم الانحلالي المناعي الذاتي.

- **القصة العائلية Family history:**

إن اعتلالات الخضاب مثل التلاسيميا ومرض الخلية المنجلية يمكن أن تورث. وقد تسبب اعتلالات الأنزيم الوراثية (G6PD) أو الاعتلالات في غشاء الكرية الحمراء (تكور الكريات الحمر الوراثي) انحلال الدم داخل الأوعية.

الفحص EXAMINATION:

عادةً ما يكون لدى مرضى فقر الدم شحوبٌ في ثنيات راحة اليد والملتحمة، وإن التشخيص المعتمد فقط على هذه الموجودات هو تشخيص غير موثوق به. كما قد تلاحظ أظافر على شكل الملعقة (تقعر الأظافر) في فقر الدم بعوز الحديد، وقد تترافق هذه الموجودات مع التهاب الشفة الزاوي والتهاب اللسان. ويمكن أن ينتج اليرقان عن أمراض الكبد المزمنة المسببة لفقر الدم، ويمكن أن ينتج بشكل مباشر كاختلاط لفقر دم الانحلالي.

إن تنكس الحبل الشوكي تحت الحاد هو اختلاط لعوز $vitB_{12}$ الشديد، ويظهر الفحص العصبي فقداً متناظراً لحس اللمس الخفيف والاهتزاز ومستقبلات الحس العميق للقدمين نتيجة إصابة العمود الظهري، كما أن علامة رومبرغ قد تصبح إيجابية.

ونلاحظ أن اعتلال الأعصاب المحيطي والضمور البصري والعته هي مظاهر أقل شيوعاً. وقد يظهر فحص الجهاز القلبي الوعائي في فقر الدم دليلاً على فرط حركية الدوران مع تسرع قلب ونبض قافز ونفخة جريان انقباضية. وتترافق ضخامة الطحال مع تكور الكريات الحمر الوراثي والتلاسيميا وداء الخلية المنجلية.

استقصاءات نوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

■ فقر الدم صغير الكريات Microcytic anaemia:

- **FBC واللطاخة الدموية Blood Film:**

يحدث انخفاض تركيز الهيموغلوبين في فقر الدم صغير الكريات (fl80>MCV) و ناقص الصباغ (pg27>MCH). وقد يرتفع عدد الصفيحات عندما يترافق فقر الدم مع نزف. كما ويمكن في اللطاخة الدموية مشاهدة كريات حمر صغيرة الحجم وناقصة الصباغ مترافقة مع خلايا القلم Pencil Cells.

- **حديد المصل و Serum iron and TIBC:**

في عوز الحديد نجد أن حديد المصل منخفض و TIBC زائدة، وكلاهما ينخفض في المرض المزمن، ويكون كلاهما طبيعياً في التلاسيميا.

- **فيرتين المصل Serum ferritin:**

إن تركيز فيرتين المصل وهو معقد حديد- بروتين ينقص في عوز الحديد، ولا يتأثر بالمرض المزمن أو التلاسيميا.

- **الدم الخفي بالبراز Faecal occult blood:**

يكشف فقد الدم من السبيل المعدي المعوي.

- **بروتوبرفرين الكرية الحمراء الحر Free erythrocyte protoporphyrin:**

يضاف الحديد إلى البروتوبرفرين من أجل تشكيل الهيم، ولذلك بوجود عوز الحديد فإنه سيزداد وهو مؤشر حساس لعوز الحديد ولا يتأثر بالمرض المزمن أو التلاسيميا.

- **رحلان الخضاب الكهربائي Hb electrophoresisi:**

يتيح فرصة التشخيص النوعي للتلاسيميا وتصنيفها، ولداء الخلية المنجلية.

■ فقر الدم سوي الكريات Normocytic anaemia:

- **FBC واللطاخة الدموية Blood Film:**

نجد مستويات منخفضة للهيموغلوبين مترافقة مع مشعرات طبيعية للكريات الحمر (MCV=80-95fl، MCH > 27pg) والتي يمكن أن تحدث أيضاً مع وجود فقر دم صغير الكريات وكبير الكريات (عوز مختلط)، بالرغم من مشاهدة ذلك في اللطاخة الدموية عادة. هناك مخابر دمويات خاصة توضح سعة توزع الكريات الحمراء، والذي يزداد بوجود اختلاف في حجم هذه الكرية. ونجد أن تعداد الكرية الشبكية يزداد في فقر الدم الانحلالي، وقد تظهر اللطاخة الدموية دليلاً على كريات حمر متخربة.

- **اختبارات الانحلال الدموي Tests for haemolysis:**

يرتفع كل من البيلروبين غير المقترن واليوروبيلينوجين البولي والستيركوبيلينوجين البرازي في جميع أسباب انحلال الدم، ويكون الهابتوغلوبين المصلي غائباً. كما ويرتفع هيموغلوبين البلاسما بشكل خاص في الانحلال الدموي داخل الأوعية. ومن الضروري العودة إلى مراجع علم أمراض الدم بخصوص الاختبارات المثبتة لاضطرابات الدم الانحلالية الفُرادية.

- **تحليل البول Urinalysis:**

كل من الهيموسيدرين والهيموغلوبين سيكون موجوداً في البول خاصةً في حالة الانحلال الدموي داخل الأوعية.

- **رشف نقي العظم Bone marrow aspiration:**

إن رشف نقي العظم في فقر الدم الانحلالي سيظهر فرط تنسج للكريات الحمر، وأما في فقر الدم اللاتنسجي سيظهر نقي العظم ناقص التنسج مع الاستبدال بالنسيج الشحمي.

■ فقر الدم كبير الكريات Macrocytic anaemia:

• FBC و اللطاخة الدموية:

يترافق انخفاض الهيموغلوبين مع عرطلة الكريات الحمر (MCV > fl95)، ويكون عدد الخلايا الشبكية منخفضاً وقد يشير انخفاض عدد الصفيحات والكريات البيض إلى فقر دم الأرومات العرطلة، كما قد يشاهد زيادة تفصص العدلات في اللطاخة الدموية.

• معايرة vit B_{12} المصلي Serum vitamin B_{12} assay:

يمكن تقدير المستويات المصلية لـ vitB_{12} وبذلك يمكن التحقق من عوزه. وإذا لم تكن إمراضية عوز vitB_{12} واضحة يمكن عندها إجراء اختبار شيللنغ. وسوف يساعد ذلك على معرفة فيما إذا كانت المشكلة تتوضع في المعدة أو نهاية الدقاق أو تُعزى إلى العامل الداخلي.

• أضداد الخلايا الجدارية وأضداد العامل الداخلي:

Antiparietal cell antibodies and anti-intrinsic factor antibodies:

ينتج فقر الدم الوبيل عن نقص إنتاج العامل الداخلي أو عن الأضداد الحاصرة له.

• فولات الكرية الحمراء والمصل Serum and red cell folate:

إن كلا هذين الاختبارين منخفض في عوز الفولات، لكن في وجود عوز vitB_{12} فإن فولات الكرية الحمراء يمكن فعلاً أن تزداد.

• رشافة نقي العظم Bone marrow aspiration:

يمكن أن تشاهد الأرومات العرطلة في رشافة النقي وذلك في عوز vitB_{12} أو عوز الفولات.

• اختبارات أخرى Further tests:

هناك العديد من الاختبارات لبعض الأمراض المسؤولة عن فقر الدم كبير الكريات أو الثانوي تجرى حسب الحالة السريرية.

الألم الشرجي المستقيمي ANORECTAL PAIN

إن الألم الشرجي المستقيمي هو مشكلة شائعة، وهناك سبب واضح لدى غالبية المرضى، مثل، شق شرجي أو خراج حول الشرج أو بواسير متخثرة.

الأسباب CAUSES :

حادة:

شق شرجي.

ورم دموي حول الشرج.

بواسير متخثرة.

خراج حول الشرج.

خراج بين المعصرتين.

خراج إسكي مستقيمي.

رض

مزمنة:

ألم مستقيم مبهم.

ناسور شرجي.

خباثة مستقيمية شرجية.

قرحة مستقيمية معزولة.

إنتان مزمن حول الشرج، مثال: داء كرون والتدرن.

آفات ذيل الفرس.

القصة HISTORY :

إن الإمساك المرافق للألم عند التغوط مع وجود الدم (عادةً على المناديل الورقية) سيقترح شقاً شرجياً. وبداية ألم مفاجيء مع كتلة ممضة في المنطقة ما حول الشرج يشير إلى ورم دموي حول الشرج. والقصة السابقة لبواسير متدلية غير ردودة مترافقة

مع الألم والإيلام هي غالباً بواسير متخثرة. وأما البداية التدريجية للألم والمضض مع التورم، غالباً ما يشير إلى تشكّل خراج. ويجب أن تؤخذ القصة الدقيقة للمرض. ويشخص ألم المستقيم المبهم بقصة ألم عجاني يتصف بأنهُ تشنجي وتستمر التشنجات حتى ثلاثين دقيقة وغالباً يتم الشعور بالألم عميقاً في المستقيم، وسبب ذلك غير معروف ولكن يمكن أن يكون مرتبطاً بالتقلصات الاشتدادية للرافعة الشرجية. ونشك بالخباثات المستقيمية الشرجية عند تغيّر عادات التغوط المترافق بالنزف أثناء التغوط. ويكون الألم واضحاً فقط إذا توضع الورم تحت الخط المسنن في القناة الشرجية حيث يكون الإحساس من النمط الجسدي، وقد تتظاهر القرحة المستقيمية المعزولة بألم ولكن أكثر ما تتظاهر بنزف عبر الشرج ومرور المخاط وصعوبة في التغوط. الإنتان المزمن حول الشرج يمكن أن يكون العرض البارز لداء كرون أو التدرن. وإن هذه الأمراض يمكن أن تكون ظاهرة بشكل مسبق في مناطق أخرى من الجسم. ومن النادر أن تسبب آفات ذيل الفرس أي ألم شرجي.

الفحص EXAMINATION:

إن المعاينة قد تظهر شقاً شرجياً مزمناً أو ورماً دموياً حول الشرج أو بواسير متخثرة أو ورماً ينمو خارج القناة الشرجية. وإن وجود مناطق ممضة حمراء متوترة يدل على خراج حول الشرج. وأي انتفاخ في الأرداف مترافق مع احمرار يمكن أن يشير إلى خراج إسكي مستقيمي كبير. ويجب أن يُجرى الفحص المستقيمي الإصبعي عندما يكون التشخيص غير واضح. وعادة ما تشخص القرحة المستقيمية المعزولة بالتنظير السيني حيث يمكن رؤية احمرار ووذمة في المخاطية، وذلك يترافق عادةً وليس دائماً مع التقرح الصريح. ويجب إجراء فحص عصبي كامل إذا ما تم الاشتباه بآفة ذيل الفرس. لا نشاهد عادةً أي شذوذات مع ألم المستقيم المبهم.

استقصاءات عامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **ESR، FBC:**

↑WCC في الإنتانات مثل الخراج، ↑ESR في داء كرون والتدرن والخباثات.

- **سكر الدم Blood glucose:**

قد يتظاهر الداء السكري بالإنتان.

- **تنظير المستقيم Proctoscopy:**

البواسير أو الخباثة المستقيمة الشرجية.

- **تنظير السين Sigmoidoscopy:**

خباثة مستقيمية شرجية.

استقصاءات خاصة SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **إيكو عن طريق الشرج: Endo – anal Ultrasound**

يمكن أن يكشف خراجات بين المعصرتين أو الناسور الشرجي.

- **MRI:**

يمكن أن يظهر مشاكل الناسور المعقدة أو يمكن أن يكشف آفة ذيل الفرس.

ألم الذراع ARM PAIN

هذا القسم يتعامل مع الألم في الطرف العلوي غير المرتبط بألم المفاصل. وإن غالبية أسباب ألم الذراع مرتبطة إما بالآفات العصبية أو الوعائية.

الأسباب CAUSES:

الآفات الرقبية:

آفة القرص الفقري.

القسط الفقري الرقبى.

تكهف النخاع الشوكى.

إنتانات مثل التهاب العظم والتدرن.

الأورام:

- الحبل الشوكى.
- السحايا.
- أعصاب.
- أجسام الفقرات.

الضفيرة العضدية:

الضلع الرقبية.

الارتشاح الخبيث، مثل ورم بانكوست.

متلازمة مدخل الصدر.

الآفات الوعائية:

تضيق الشريان تحت الترقوة.

الصمة.

التخثر الشريانى.

خثار الوريد الإبطى.

نقص تروية العضلة القلبية (الذراع الأيسر).

أسباب أخرى:

أذية الإجهاد المتكرر.

اعتلال أعصاب محيطية.

متلازمة نفق الرسغ.

أورام العظام.

متلازمة الحيز:

ــ حاد، مثل: أذيات الهرس.

ــ مزمن، مثل: الإجهاد.

القصة HISTORY:

تشمل أعراض الآفات الرقبية: الألم وصلابة العنق، وينتشر الألم إلى أسفل الذراع. وقد يحدث انضغاط الحبل الشوكي الرقبي، يمثل القسط الفقري الرقبي اهتراء "Wear and Tear" العمود الفقري الرقبي، وهو شائع فوق عمر الستين، بينما تحدث آفات القرص الفقري الحادة عادةً عند المرضى الأصغر سناً.

نحتاج إلى قصة دقيقة لاستبعاد الرض، وتتظاهر آفات الضفيرة العضدية بالألم في أسفل الذراع وممكن أن تنتج عن آفات موضعة، مثال: الضلع الرقبية تسبب ضغطاً خارجياً يؤثر على T_1 ويسبب ضموراً في العضلات الصغيرة لليد وخدراً في توزع القطاع الجلدي، أي الوجه الداخلي للذراع العلوي.

وسيؤدي تضيق الشريان تحت الترقوة إلى (عرج) في الذراع، أي: الألم الناتج عن التمرين والذي يخف بالراحة ويعزى لجريان دموي غير كافٍ. وإن قصة مشاكل قلبية مثل: الرجفان الأذيني AF أو الداء الشرياني المنتشر يرجح صمة أو تخثر. وأما البداية المفاجئة لألم وتورم وازرقاق في الطرف فإنها ترجح خثار الوريد الإبطي. وإن الألم المنتشر إلى الذراع الأيسر والذي ينشأ عن التمرين والمتعلق بالألم المركزي للصدر وينتشر إلى العنق فإنهُ يُرجح نقص تروية العضلة القلبية.

والألم المرافق للعمل مثل الكتابة أو الطباعة (العمل على لوحة المفاتيح) يرجح أذية الإجهاد المتكرر. وإن قصة داء سكري أو قصور كلوي أو كبدي أو الكحولية أو عوز $VitB_{12}$ أو الأدوية مثل: الفينوتئين وفينكرستين فإن ذلك يرجح اعتلال أعصاب محيطي. ونجد أن الألم والخدر في الإبهام والسبابة والإصبع الوسطى والذي يكون أسوأ ليلاً في السرير ويخف بتعليق الذراع خارج السرير هو على الأرجح متلازمة نفق الرسغ، وهذا الأخير يمكن أن يحدث في الحمل أو التهاب المفاصل الرثياني أو الوذمة المخاطية

أو خلع أمامي للعظم الهلالي أو النقرس أو ضخامة النهايات أو الداء النشواني أو الناسور الشرياني الوريدي في المعصم الناتج عن الديال الدموي.

ألم العظم الموضع يمكن أن يعزى إلى الأورام البدئية أو الثانوية، والأخير هو الأكثر شيوعاً ويمكن أن ينتج عن أورام بدئية في الثدي أو القصبات أو الدرق أو الموثة أو الكلية. وقد تحدث الكسور المرضية. في متلازمة الحيز قد يكون هناك قصة أذية هرس أو أذية وعائية أو جراحة وعائية. أما متلازمة الحيز المزمنة فإنها قد تنتج عن الجهد الزائد مثل رفع الأثقال.

الفحص EXAMINATION:

الفحص العصبي الكامل يجب أن يُجرى بحثاً عن آفات في الرقبة أو آفات الضفيرة العضدية أو متلازمة نفق الرسغ. وقد يكون هناك تحدد في حركات العمود الفقري الرقبي. ويجب أن يتم فحص الأطراف لتحري وجود التورم، مثال: خثار الوريد الإبطي، عندما يكون هناك ازرقاق وتوسع في الأوردة ويجب تحري علامات نقص التروية وجس النبض. ومن الممكن وجود العلامات الاعتيادية لنقص التروية عن الأطراف مثال: الألم والشحوب وغياب النبض والخدر (والبرودة) والشلل. إن المهنة سوف ترجح أذيات الإجهاد المتكرر، وعادةً لا نجد إلا القليل من العلامات عند الفحص. وفي متلازمة هورنر (إطراق وتقبض الحدقة وغؤور المقلة وغياب التعرق) يرجح ورم بانكوسست. وفي أورام العظام نجد تورماً موضعاً مع إيلام. وفي متلازمة الحيز يكون هناك حيز متورم مترافق بإيلام في الساعد وضعف أو غياب النبض البعيد والخدر والشلل.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **ESR،FBC:**

↑WCC في الإنتانات مثل التهاب العظم والنقي أو التدرن في العمود الفقري الرقبي.

↑ESR في الإنتان والخباثة.

- **العمود الفقري الرقبي X-Ray:**

لتحري القسط الفقري الرقبي والنقائل العظمية وكسور العمود الفقري الرقبي.

• CXR:

لتحري الخباثة التي تسبب نقائل للعظم، وورم بانكوست (ورم قمة الرئة ينتشر ليصيب الضفيرة العضدية)، والضلع الرقبية (ثلاثة عشرَ ضلعاً) .

• ECG:

لتحري نقص تروية القلب.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

• CT:

لآفات القرص الفقري الرقبي وفي حالات الأورام.

• MRI:

لآفات القرص الرقبي والأورام.

• **دراسات النقل العصبي Nerve Conduction Studies:**

لآفات الضفيرة العضدية واعتلالات الأعصاب المحيطية وفي متلازمة نفق الرسغ.

• **الدوبلر دوبلكس Duplex Doppler:**

للآفات الشريانية والوريدية.

• **تصوير الشرايين Arteriography:**

للآفات الشريانية.

• **تصوير الأوردة Venography:**

للآفات الوريدية، مثال: خثار الوريد الإبطي.

تورم الذراع ARM SWELLINGS

قد يكون التورم موضعاً أو معمماً. وقد يرتبط التورم الموضع بالمفاصل أو الكسور. ولقد تم بحث التورمات الموضعة حول المفاصل في قسم الأمراض المفصلية. يتضمن هذا القسم فقط الحالات التي قد تؤدي إلى تورم معمم للذراع.

الأسباب CAUSES:

الرض Trauma :

الخمج:

التهاب الهلل.

التهاب الأوعية اللمفية.

الوذمة اللمفية:

الخلقية.

المكتسبة: آفات العقد الإبطية مثل: السرطانة والخمج كداء الخيطيات والاستئصال والمعالجة الشعاعية.

خثار الوريد الإبطي.

القصة المرضية HISTORY:

قد تكون قصة الرض واضحة في حالات عدة، بالرغم من أن الكسور المرضية قد تترافق مع رض طفيف. تندر الوذمة اللمفاوية الخلقية للذراع خلافاً للوذمة اللمفاوية الثانوية. وينبغي تحري قصة سرطانة ثدي أو عمليات إبطية أو معالجة شعاعية للإبط. قد نجد قصة جرح وخزي أو قرصة برغوث مما يشير إلى التهاب هلل أو التهاب أوعية لمفية. إن التهاب الهلل بالعقديات شائعٌ بعد الجروح الوخزية عند المرضى الذين أصيبوا لتوهم بوذمة لمفاوية في الطرف. قد يحدث خثار الوريد الإبطي بعد جهد مفرط أو غير معتاد ويلقب (بخثار الجهد). ومثال ذلك مريضٌ قد دهن السقف وهو غير معتاد على هذا النوع من الأعمال. وقد يحدث عند المرضى ذوي الأضلاع الرقبية أو انسداد المدخل الصدري. إن الخثار قد يتلو ادخال خط مركزي.

الفحص EXAMINATION:

قد يجتمع التورم الموضع والمضض معاً مع فرقعة مرافقة للكسر. وقد تكون هنالك وذمة معممة غير انطباعية تشير لوذمة لمفاوية. ربما يكشف فحص الإبطين عن كتلة عقدية لمفية أو ندبة تشير لجراحة سابقة أو عن تغيرات جلدية من معالجة شعاعية سابقة. وقد يكشف فحص الثدي موضع ورم بدئي نجم عنه اعتلال عقدي لمفي إبطي ثانوي. سيترافق خثار الوريد الإبطي مع تورم وازرقاق وأوردة متسعة بشكل جلي على الذراع. وقد نجد مع التهاب الهلل احمراراً وحرارة في الذراع، ومع التهاب الأوعية اللمفية خطوطاً حمراء ملتهبة على امتداد الأوعية اللمفية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل FBC، سرعة التثفل ESR:**

  انخفاض الخضاب (ورم). ارتفاع تعداد الكريات البيض. (خمج). ارتفاع ESR (ورم أو خمج).

- **مسحة Swab:**

  قد يكشف C&S لأية آفة عن التهاب هلل أو التهاب أوعية لمفية.

- **صورة شعاعية للصدر CXR:**

  ضلع رقبية (تترافق مع خثار وريد إبطي).

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التصوير بالأمواج فائقة الصدى US أو الطبقي المحوري المحوسب CT:**

  كتلة إبطية.

- **تصوير الثدي Mammography:**

  سرطانة ثدي – اعتلال عقدي لمفي إبطي.

- **دوبلر دوبليكس Duplex Doppler:**

  خثار وريد إبطي.

- **تصوير وريدي Venography:**

  خثار وريد إبطي.

الحبن ASCITES

هو تراكم سائل حر زائد في الجوف الصفاقي.

الأسباب CAUSES:

كبدي:

التشمع، أورام كبدية.

داء خبيث:

السُراط Carcinomatosis، ورم بطني/ حوضي (بدئي أو ثانوي)، مخاطوم كاذب صفاقي Peritonei Pseudomyxoma، ورم المتوسطة البدئي Primary Mesothelioma.

قلبي:

قصور القلب، التهاب التامور العاصر، قصور مثلث الشرف.

كلوي:

متلازمة كلائية.

التهاب صفاق:

سلي، جرثومي عفوي.

انسداد وريدي:

متلازمة (Budd-Chiari)، داء مسد للأوردة، انسداد وريد الباب الكبدي، انسداد الوريد الأجوف السفلي.

معدي معوي:

سوء امتصاص، التهاب المعثكلة، حبن صفراوي.

القصة المرضية HISTORY:

- **الأعراض Symptoms:**

يشكو مرضى الحبن غالباً من انزعاج بطني وازدياد مقاس محيط البطن وازدياد الوزن وتورم الكاحل.

- **البدء Onset:**

يمكن أن يظهر الحبن بشكل مفاجىء مع انكسارٍ مفاجىءٍ للمعاوضة في التشمع الكبدي أو الخباثة أو خثار الوريد البابي أو الطحالي أو متلازمة (Budd-Chiari).

- **القصة المرضية السابقة Past medical history:**

هنالك صلة وثيقة بين الحبن وقصة أية خباثة بطنية أو حوضية. على أية حال، يمكن أن ينجم الحبن عن نقائل بطنية، خاصةً من خباثات الثدي والمبيض والموثة والخصية والدم. قد ينجم التشمع الكبدي عن الكحولية والتهاب كبد سابق وداء ويلسون والصباغ الدموي.

- **أعراض مرافقة Associated symptoms:**

تعزى صعوبة التنفس إلى تثبت الحجاب الحاجز بفعل الحبن المتوتر أو إلى قصور القلب كسبب مستبطن (للحبن).

الفحص EXAMINATION:

الموجودات السريرية الكلاسيكية هي الأصمية المتنقلة ووجود هرير للسائل. ونظراً لأن الداء الكبدي والسُراط مسؤولان عن 90% من الحالات المتظاهرة بحبن لذلك ينبغي إجراء فحص مفصل لكل أجهزة الجسم. السببان الشائعان الآخران هما قصور القلب والمتلازمة الكلائية.

- **التأمل Inspection:**

نستدل على وجود داء كبدي من اليرقان والوحمات العنكبوتية وفقدان شعر الجسم والتثدي والحمامى الراحية ورأس الميدوسا. يرتفع ضغط الوريد الوداجيJVP مع وجود قصور قلب وتشاهد موجةV جلية بسبب قلس مثلث الشرف وقد يرتفع ضغط الوريد الوداجي أثناء الشهيق (علامة كوسماول) في حالة انصباب التامور.

- **الجس Palpation:**

قد تجس ضخامة كبدية وطحالية بفعل ارتفاع التوتر البابي والخباثات الكبدية والدموية. قد ينجم انزياح مكان ضربة القمة (مع ضخامة القلب) عن القصور القلبي. تحدث الوذمة القدمية مع التشمع وقصور القلب وسوء الامتصاص وانسداد الجريان اللمفي الناجم عن أورام داخل بطنية أو حوضية والمتلازمة الكلائية.

■ **الإصغاء Auscultation:**

قد يسمع الصوت الثالث للقلب والنفخات الانقباضية (قلس مثلث الشرف والتاجي الوظيفي) والفرقعات (وذمة رئوية) وذلك في قصور القلب. تكتم الانصبابات التامورية الأصوات القلبية. يُسمع أحياناً احتكاك تاموري أو طرقة Knock في التهاب التامور.

■ **القرع Percussion:**

نجد أصمية القاعدتين الرئويتين في الوذمة الرئوية والانصبابات الجنبية (التي يمكن أن تكون أيضاً تالية للحبن).

■ **الفحص الداخلي Internal examination:**

قد يكشف فحص المستقيم عن تقرح أو كتلة ثابتة تشير إلى سرطانة. وعند النساء قد تكون كتلة الملحقات عبر المهبل(PV) الإشارة الأولى لورم حوضي.

استقصاءات عامة GENERAL INVESTIGATIONS:

قد تكشف القصة وموجودات الفحص السريري عن السبب المستبطن للحبن. يمكن اللجوء للاستقصاءات العامة لإثبات أو للإشارة إلى الآلية السببية المحتملة.

- **شريط الغمس في البول Urine dipstick:**

سيكون إيجابياً بشدة للبروتين في المتلازمة الكلائية. وعندئذ ينبغي جمع بول 24 ساعة ويشير وجود أكثر من 3.5 غرام بروتين إلى متلازمة كلائية.

- **تعداد دم كاملFBC:**

قد يشير ارتفاع تعداد الكريات البيض إلى آلية خمجية. لكن الصيغة أكثر نوعية.

- **البولة والشوارد U&Es:**

قد يشير ارتفاع البولة والكرياتينين إلى آلية كلوية، على أية حال، قد تكون جزءاً من متلازمة كبدية كلوية وهي عجز كلوي تالٍ لقصورٍ كبدي.

- **اختبارات وظائف الكبدLFTs:**

قد تكون شاذة مع وجود داء كبدي. يمكن لألبومين المصل أن يكون مؤشراً على نقص ألبومين الدم لكن مع وجوب استمرار التحري عن السبب الكامن وراء ذلك.

- **صورة شعاعية للصدر CXR:**

إن الموجودات التي تشير إلى قصور القلب هي الضخامة القلبية والتحويل الوريدي العلوي للدم وظهور خطوط كيرلي B والوذمة الرئوية والانصبابات الجنبية. أحياناً قد تشير كتلة في الرئة إلى وجود سرطانة.

- **تصوير البطن بالأمواج فوق الصوتية Us abdomen:**

ستكشف الأمواج فوق الصوتية - إلى جانب تأكيد وجود الحبن- عن أي كتل داخل بطنية غير مجسوسة بالفحص السريري. وقد تشير إلى ترسبات شحمية في الكبد بوجود التشمع. قد تظهر الأوردة الرادفة المتسعة في الحالات التي تسبب انسداد التدفق الوريدي من الكبد وتتضمن التشمع ومتلازمة (Budd-Chiari).

- **بزل البطن Abdominal paracentesis:**

إن رشف سائل الحبن مفيدٌ جداً في تحديد السبب المستبطن، وينبغي إرسال عينة منه إلى فحص الأحياء المجهرية والفحص الكيميائي السريري والتشريح المرضي.

- **سائل الحبن Ascitic fluid:**

المظهر Appearance:

كيلوسي: يعزى المظهرالأبيض الحليبي للحبن الكيلوسي إلى انسداد الأقنية اللمفية.

مصطبغ بالصفراء: يشير إلى التهاب صفاق صفراوي.

نزفي: قد نجده في الخباثة والرض والسل.

بلون القش: وهو المظهر المعتاد مع معظم الأسباب الأخرى.

الكيمياء الحيوية Biochemistry:

البروتين: تستخدم سويات بروتين الحبن غالباً لتصنيفه إلى رشحي أو نضحي، وعلى أية حال لا نعوّل على ذلك دائماً. الرشحي هو سائل حبني ذو تركيز بروتيني أقل من 25غ / ل في العينة أو 11غ /ل أدنى من مستواه في المصل، بينما يكون النضحي عكس ذلك.

الأميلاز: مرتفعٌ عادة في الحبن المعثكلي.

الغلوكوز: منخفضٌ في الأخماج الجرثومية.

ثلاثي الغليسريد: يكون مرتفعاً في الحبن الكيلوسي وقد يشير إلى إعاقة تفريغ القناة الصدرية.

البيليروبين: مرتفعٌ في الحبن الصفراوي.

فحص الأحياء المجهرية Microbiology:

قد تكون صبغة غرام وزيل- نلسن مع الزروع إيجابية في حالة السببيات الجرثومية.

الفحص الخلوي Cytology:

تعداد الكريات البيض: تشير كثرة العدلات إلى التهاب صفاق جرثومي، بينما يؤدي التهاب الصفاق السلي عادة إلى كثرة اللمفاويات. قد نتعرف على خلايا خبيثة مع إمكانية تحديد المصدر البدئي للخباثة.

استقصاءات نوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تصوير القلب بالأمواج فوق الصوتية Echocardiography:**

سيكشف عن معظم الأسباب القلبية. سيتظاهر قصور القلب على شكل بطين ذي قلوصية ضعيفة مع تناقص الجزء المقذوف. الانصباب التاموري مرئيٌّ على شكل فراغٍ غير صدوي بين البطين الأيسر والتامور. يمكن أن يرى قلس مثلث الشرف بواسطة تصوير الجريان بالدوبلر الملون.

- **خزعة الكبد Liver biopsy:**

ستمكننا من تأكيد السبب المستبطن لتشمع الكبد والتحقق منه.

- **الخزعة الكلوية Renal biopsy:**

تكشف السبب وراء المتلازمة الكلائية.

- **تصوير وريد الباب Portal venography:**

سيستطب عند الشك بوجود إعاقة للتدفق الوريدي في الكبد ويمكن استخدامه لتأكيد متلازمة (Budd-Chiari) والداء الساد للأوردة.

AXILLARY SWELLINGS التورمات الإبطية

الغالبية العظمى من التورمات الإبطية هي عقد لمفاوية متضخمة. يعزى تضخم العقد الإبطية غالباً إلى نقائل ثانوية من سرطانة الثدي. يسهل تشخيص معظم التورمات الإبطية اعتماداً على الفحص السريري وحده.

الأسباب CAUSES:

السطحية:

الخراج الحاد.

كيسة زهمية.

شحموم (ورم شحمي).

التهاب غدد عرقية قيحي.

العميقة:

خراج مزمن، مثل السل (نادر).

اعتلال عقدي لمفي.

شحموم.

أم دم شريان إبطي.

كتلة ثدي (في الذنب الإبطي).

القصة المرضية HISTORY:

- **السطحية Superficial:**

الخراج الحاد Acute abscess:

ويتظاهر كتورمٍ ممضٍ في الجلد. قد يكون هنالك نجيج قيحي. وهو شائعٌ عند السكريين.

الكيسة الزهمية Sebaceous cyst:

ستتظاهر كتورمٍ ثابتٍ صلبٍ في الجلد، غالباً مع نقطة punctum. قد تكون ممضة إذا التهبت وقد يصدر عنها نجيج.

الشحموم Lipoma:

ويتظاهر كتورمٍ مفصص طري لين في النسيج تحت الجلد.

التهاب الغدد العرقية القيحي Hidradenitis suppurativa:

ويتظاهر بتورمات ممضة متعددة في النسيج السطحي للإبط، حيث يتطور خمج في الغدد العرقية المفترزة. ويصدر عنها عادة نجيج قيحي. قد تكون هنالك قصة داء سكري.

العميقة DEEP:

الخراج المزمن Chronic abscess:

تحرَّ وجود قصة سل. قد يشكو المريض من تعرقات ليلية.

اعتلال العقد اللمفية Lymphadenopathy:

(انظر صفحة 356) قد يلاحظ المريض وجود كتلة في الإبط، ربما تكون ممضة أو غير ممضة. تحرَّ عن موقع الخمج أو الخباثة في منطقة نزح العقد في الذراع وجدار الصدر والجدار البطني متمادياً للأسفل ومتضمناً السرة، وجلد الظهر نزولاً حتى العرف الحرقفي، والثدي. هل لاحظ المريض أي كتل في مناطق أخرى؟ اسأل عن الفتور والترفع الحروري والتعرقات الليلية والسعال. قد تكون هنالك قصة تكدم أو رعاف مما يشير إلى اعتلال دموي. هل يوجد أي آثار لخرمشات على الذراع مما يشير إلى داء خرمشة القطة؟.

الشحموم Lipoma:

أحياناً قد يلاحظ المريض تورماً ثابتاً يظهر بشكل متقطع، ينزلق من تحت غطاء العضلات.

أم دم الشريان الإبطي Axillary artery aneurysm:

وهي نادرة. فقد يلاحظ المريض تورماً نابضاً تحت الذراع. وعندما يكبر التورم فإنه قد يشعر بحركة الذراع مبتعدة عن جانب الجسم مع كل ضربة قلبية. أحياناً قد تكون هنالك أعراضٌ في اليد تعزى إلى الإنصمام القاصي.

كتل الثدي Breast lumps:

قد تكون كتلة في الجدار الأنسي للإبط أحياناً بمثابة تورم للذيل الإبطي للثدي مثل الغدوم الليفي أو السرطان.

الفحص EXAMINATION:

■ السطحية Superficial:

الخراج الحاد Acute abscess:

قد يكون بمثابة تورم ممض أحمر متموج ذي نجيج قيحي.

الشحموم Lipoma:

قد يكون بمثابة تورم طري مفصص في النسيج تحت الجلد.

الكيسة الزهمية Sebaceous cyst:

تورمٌ صغيرٌ محددٌ في الجلد. قد تكون النقطة مرئية. وإذا تعرضت للخمج سيحمر الجلد المحيط وستصبح الآفة ممضة. وقد يظهر نجيج.

التهاب الغدد العرقية القيحي Hidradenitis suppurativa:

تورمات متعددة ممضة مع حمامى محيطة ونجيج قيحي.

■ العميقة Deep:

الخراج المزمن Chronic abscess:

يظهر تورمٌ متموجٌ في الإبط. في حالة السل قد يكون هناك القليل من علامات الالتهاب أو لا يكون.

الاعتلال العقدي اللمفي Lymphadenopathy:

إما عقدة منفردة متميزة مثل اللمفوما. أو عقد متعددة صلبة أو مجتمعة (سرطانة). أو عقد ممضة متموجة (خراج). تحرَّ عن خمج أو تورم في منطقة تصريف الأوعية اللمفية. افحص الثدي. افحص كل مواقع العقد الأخرى كالرقبية والإربية وتحرَّ وجود ضخامة كبدية طحالية.

الشحموم Lipoma:

الشحمومات العميقة تتوضع بين العضلات ويشعر بها فقط في أوضاع محددة. وقد تنزلق إلى الداخل أو الخارج بين العضلات الصدرية. قد تكون أقصى وأصلب وربما لا نشعر بها مفصصة كما هو الحال مع الشحموم السطحي.

أم دم الشريان الإبطي Axillary artery aneurysm:

بمثابة كتلة نابضة قد تجس في الإبط. افحص الدوران القاصي. إذا كانت أم دم الشريان كبيرة (والمريض واقف وذراعاه على جانبيه) تتحرك الذراع مبتعدة عن جانب الجسم كلما نبضت الكتلة.

كتل الثدي Breast lumps:

قد تتبع كتلة على الجدار الأنسي للإبط للذيل الإبطي للثدي.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل FBC ، سرعة التثفل ESR :**

تناقص الخضاب (داء خبيث). ارتفاع تعداد الكريات البيض (خمج أو ابيضاض الدم). ارتفاع سرعة التثفل (خمج وخباثة). تناقص الصفيحات (ابيضاض الدم).

- **مسحة Swab:**

زرع وتحسس C&S، والفحص المجهري لأي نجيج.

الاستقصاءات النوعية SPECIAL INVESTIGATIONS:

- **صورة شعاعية للصدر CXR:**

للسل.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

للاعتلال العقدي اللمفي والشحموم وأم الدم.

- **اختبار Mantoux:**

للسل.

- **الاستقصاء بـ FNAC:**

للتمييز بين التورمات الحميدة والخبيثة.

- **تصوير الثدي (الماموغرافي) Mammography:**

لسرطانة الثدي.

- **تصوير شرياني Arteriography:**

لتقييم الدوران القاصي في حالة أم دم الشريان الإبطي.

ألم الظهر BACKACHE

ألم الظهر هو واحد من أكثر الشكاوى شيوعاً من حيث المشاهدة في الممارسة العامة وفي عيادات الجراحة العظمية. وهو مسؤول عن حوالي 20٪ من التحويلات لهذه العيادات. معظم أسبابه إما رضية أو تنكسية لكن هناك أسباب أخرى عديدة وقد يحدث كنتيجة لآلية مرضية في أي جهاز تقريباً من أجهزة الجسم.

الأسباب CAUSES:

خلقي:

الجنف الحدابي Kyphoscoliosis، والشوك المشقوق، وانزلاق الفقار Spondylolisthesis.

مكتسب:

رضية: كسور الفقرات، وتأذي الأربطة، وإجهاد مفصلي، وتمزقات عضلية.

خمجية: ذات العظم والنقى (حاد ومزمن)، والسل.

التهابية: التهاب الفقار المقسط، والتهاب القرص، والاضطرابات الرثوية.

ورمية: أورام بدئية (نادرة)، ونقائل (شائعة).

تنكسية: فصال عظمي، وآفات القرص بين الفقرات.

استقلابية: تخلخل العظم، وتلين العظم.

صَمَّاوية: داء Cushing (تخلخل العظم).

مجهولة السبب: داءPaget، وداءScheuermann.

نفسية المنشأ: ألم الظهر النفسي الجسدي (شائع).

حشوية: قرحة هضمية نافذة، وسرطانة المثكلة، وسرطانة المستقيم.

وعائية: أم دم أبهرية، وتسلخ الأبهر الحاد.

كلوية: سرطانة الكلية، وحصاة كلوية، وداء التهابي.

نسائية: أورام رحمية، والداء الحوضي الالتهابي، وانتباذ بطاني رحمي.

القصة المرضية HISTORY:

■ **خلقي Congenital:**

يتضح التشخيص عادة من خلال القصة، بالرغم من أنه في انزلاق الفقار قد يتأخر ظهور الأعراض (ألم ظهري قطني سفلي الذي يسوء بالوقوف) حتى وقت متأخر من الطفولة أو مرحلة مبكرة من البلوغ.

■ **مكتسب Acquired:**

عام General:

هل البدء مفاجىء (قصة رض أو آفات القرص) أو متدرج (داء تنكسي)؟ هل توجد أعراض عصبية وهل المثانة متأثرة؟ هل تسوء الأعراض بالحركة وتخف بالراحة مما يشير إلى سبب ميكانيكي؟ هل الألم شديد ولا يلين (مما يدعم تشخيص الخباثة)؟ هل تتعلق الأعراض بأجهزة غير الجهاز العضلي الهيكلي كالألم البطني أو عسرة التبول أو غزارة الطمث؟.

الأسباب الرضية Traumatic:

سنجد عادة قصة واضحة للرض. يجب اتخاذ الحيطة عند تحريك المريض. قد تكون العقابيل العصبية واضحة.

الخمجية Infective:

قد تكون هنالك قصة سل، حيث إن المريض ربما عانى من تعرقات ليلية أو سعال. قد تحدث أيضاً ذات العظم والنقي للعمود الفقري في الداء السكري وعند المثبطين مناعياً، وهنا تكون المتعضية المسببة الأكثر شيوعاً هي العنقوديات المذهبة. في سل العمود الفقري يكون المريض عادةً صغيراً ويشكو من الفتور والحمى والألم والمضض وتحدد حركة العمود الفقري.

الالتهابية Inflammatory:

يصيب التهاب الفقار المقسط عادة الذكور الشباب. تُصاب المفاصل العجزية الحرقفية بدئياً ثم كامل العمود الفقري. ويشكو المريض عادة من تيبس قطني خاصة عند النهوض صباحاً. وقد يحدث أيضاً التهاب قزحية والتهاب اللفافة الأخمصية. قد تتظاهر الاضطرابات الرثوية بأعراضٍ في مفاصل أخرى. يتظاهر التهاب القرص عادة بألم ظهري خفيف يترافق مع ألمٍ في الساق.

الورمية Neoplastic:

يكون المريض عادةً غير مرتاح ويشكو من ألمٍ شديدٍ لا يلين يتوضع غالباً في منطقة محددة من العمود الفقري. قد تكون هنالك قصة سابقة لورم بدئي (في القصبة أو الثدي أو الدرق أو الموثة أو الكلية) أو قد لا يكون الورم البدئي ظاهراً. قد يكون الألم ذا بدء مفاجيء يترافق مع كسرٍ مرضيٍ ينجم عنه فقرة منخمصة. وبشكل نادر قد يكون الشلل النصفي السفلي العرض الأولي. قد يتظاهر النقيوم بألمٍ ظهري.

التنكسية Degenerative:

يتظاهر الفصال العظمي عادة عند المرضى الأكبر سناً وذلك بألمٍ يسوء بالحركة ويخف بالراحة. ومع آفات القرص بين الفقرات يكون البدء مفاجئاً عادة لألمٍ ينتشر للأسفل على الوجه الخلفي للساق (عرق النسا sciatica). يسوء الألم بالحركة والسعال والإجهاد. قد توجد أعراض عصبية كضعف الطرف وأعراض متعلقة بالمثانة.

الاستقلابية Metbolic:

تخلخل العظام هو الأشيع بين النساء بعد الإياس. ويحدث ألم عظمي وكسور مرضية. قد يحدث تلين العظم عند البالغين ذوي قصة استئصال المعدة أو إسهال دهني أو قصور كلوي أو معالجة مضادة للاختلاج.

الصماوية Endocrine:

قد تكون هنالك قصة داء كوشينغ أو معالجة طويلة الأمد بالستيروئيد.

مجهولة السبب Idiopathic:

قد يسبب داء paget العظمي ألماً ظهرياً. ويحدث هذا عادة بعد عمر الأربعين. وقد يلاحظ المريض تغيرات أخرى كتضخم الوجه أو تقوس الساق. داء Scheuermann هو التهاب العظم والغضروف في العمود الفقري، ويسبب ألماً ظهرياً عند اليفع. وقد يبرز الداء للعيان باستدارة الكتفين الملاحظة من قبل الوالدين.

نفسية المنشأ Psychogenic:

وهي شائعة جداً. تحرَّ عن التمارض والقلق والاكتئاب والعصاب المعاوض.

الحشوية Visceral:

في القرحة الهضمية النافذة يشكو المريض من ألمٍ شرسوفي ينتشر على نحو مستقيم ومباشرة إلى الظهر. قد يخف الألم بتناول الطعام ومضادات الحموضة.

مع سرطانة المعثكلة سيصف المريض ألماً مضجراً في الظهر لا يلين. قد تكون هنالك قصة قهم وفقدان للوزن، إلى جانب اليرقان أحياناً. ومع سرطانة المستقيم قد يحدث غزو لعظم العجز والضفيرة العجزية مسبباً ألماً ظهرياً سفلياً مع عرق النسا.

الوعائية Vascular:

قد تسبب أم الدم الأبهرية ألماً ظهرياً بإحداثها تآكلاً ضمن الأجسام الفقرية. وعلى نحوٍ بديل، قد تسبب ألماً ظهرياً شديداً يعزى للتمزق. قد يلاحظ المريض نبضاناً في البطن. يسبب التسلخ الأبهري الحاد عادةً ألماً ظهرياً ممزقاً شديداً يترافق مع ألم صدري. ويكون المريض مصدوماً عادة.

الكلوية Renal:

يتجلى عادةً بوجع مبهم مضجر في حالة سرطانة الكلية. وقد يشكو المريض أيضاً من بيلةٍ دموية. ينتشر الألم في القولنج الحالبي من القطن إلى المنطقة الإربية ويكون شديداً ولا يقدر المريض على اتخاذ وضعية مريحة له. يتظاهر الداء الكلوي الالتهابي بألمٍ ظهريٍ قطني علوي. قد يكون المريض محموماً مع رعدات، ويشكو من تكرار التبول وعسر التبول.

النسائية Gynaecological:

يكون الألم عادةً بمثابة ألمٍ ظهريٍ سفليٍ يترافق مع انزعاج حوضي. وقد تشكو المريضة أيضاً من عسرة أو غزارة الطمث أو النزف بعد الإياس.

الفحص السريري EXAMINATION:

■ العام General:

سيسبب انضغاط النخاع الشوكي الحاد ألماً ثنائي الجانب في الساقين مع علامات العصبون المحرك السفلي عند مستوى الانضغاط، وعلامات العصبون المحرك العلوي دونه. تحرَّ عن اضطراب المصرة. يسبب انضغاط ذنب الفرس الحاد ألماً جذرياً في الساقين وخدر السرج (الإليتين والعجان والوجوه الداخلية للفخذين) واضطرابات المثانة والوظيفة المعوية. عند أي مريضٍ يشكو من ألمٍ ظهريٍ حاد ينبغي التحري عن العلامات السابقة وإذا وجدت ينبغي تحويله إلى مختص بالجراحة العصبية.

■ **الخلقي Congenital:**

يتضح الجنف الحدابي والشوك المشقوق عادة بالفحص السريري. مع انزلاق الفقار قد تجس (درجة) على خط النواتىء الشوكية مع طية جلدية تحتها. وتتضمن عادة انزلاق القطنية الخامسة L_5 على العجزية الأولى S_1، وبشكل أقل شيوعاً انزلاق L_4 على L_5. قد نجد أحياناً علامات عصبية في الأطراف.

■ **المكتسب Acquired:**

الأسباب الرضية Traumatic:

واضحة عادة. ينبغي الحذر لدى وضع المريض وإجراء فحص عصبي كامل. تحرَّ دائماً عن أذيات مرافقة.

الخمجية Infective:

يوجد في ذات العظم والنقي ترفع حروري وفتور ومضض وتشنج موضعين. ونجد في ذات العظم والنقي المزمنة (كالتي تعزى للسل) ضموراً للعضلات جانب الشوكية وتشنجاً وتحدداً في الحركات. قد يكون هنالك حدب موضع أو حداب gibbus ويعزى للانخماص الفقري. قد يحدث خراج البسواس في الناحية الإربية، كما يمكن أن يحدث شلل نصفي سفلي.

الالتهابية Inflammatory:

يتظاهر مريض التهاب الفقار المقسط بتيبس العمود الفقري. قد يكون هنالك ثني للوركين والعمود الفقري. وفي الحالات المتقدمة لا يقدر المريض على رفع رأسه ليرى ما أمامه. تحرَّ عن التهاب القزحية والتهاب اللفافة الأخمصية. يتناقص مجال حركات العمود الفقري في التهاب القرص. سيتظاهر الداء الرثوي أيضاً بمشاكل في مفاصل أخرى.

الورمية Neoplastic:

قد يضاف إلى الألم الظهري، في النقيوم، ألمٌ في الأضلاع والعظام الطويلة والجمجمة. سيحدث مضضٌ عظمي بفعل الترسبات الثانوية. جِس على طول العمود الفقري بحثاً عن موقع المضض. افحص الصدر والدرق والثدي والكلية والموثة بحثاً عن الخباثة. تحرَّ عن أي علامات عصبية.

التنكسية Degenerative:

يحدث تحددٌ في حركة العمود الفقري في الفصال العظمي. وكذلك مع آفة القرص الحادة إلى جانب القعس وأعراض عصبية في الطرفين السفليين. قم بإجراء فحصٍ عصبيٍ متكامل.

الاستقلابية Metabolic:

نجد عادةً مضضاً عظمياً موضعاً فقط وذلك في ترقق (تخلخل) العظام وقد يكون هنالك دليلٌ على انخماصٍ فقريٍ حديث. وبصرف النظر عن الألم العظمي في تلين العظام قد نجد اعتلالاً عضلياً دانياً ينجم عنه مشيةٌ متهادية.

الصماوية Endocrine:

قد نجد علامات لداء كوشينغ أو للاستخدام المطول للستيروئيد مثل سحنة Cushingoid (الوجه البدري) وحدبة الثور والاعتلال العضلي الداني والسطور Striae البطنية...إلخ.

مجهولة السبب Idiopathic:

تحرَّ في داء Paget عن تغيراتٍ في الجمجمة والعظام الطويلة (تقوس الظنبوب). قد ينجم عن الأعراض الانضغاطية (التي تعزى إلى تضخم الجمجمة) العمى أو الصمم أو انحباس العصب القحفي. قد تكون هنالك علامات قصور قلب عالي النتاج تعزى إلى تشكل أوعية جديدة في العظم. هنالك حدب صدري أملس في داء Scheuermann ودونه قعسٌ قطنيٌ معاوض. ويكون الصدر مسطحاً.

نفسية المنشأ Psychogenic:

يصعب تقييمها غالباً. تتنوع العلامات من فحصٍ لآخر. وقد يكون هنالك مبالغة في الأعراض خلال الفحص. ويفضل المراقبة عن بعد والمريض يغادر غرفة الفحص. قد تتغير المشية والوضعة والسلوك بشكل مفاجيء.

الحشوية Visceral:

تحرَّ عن مضض شرسوفي أو كتلة. قد يظهر اليرقان في سرطان المعثكلة، وربما تجس المرارة (قانون Courvoisier). قم بإجراء فحص مستقيمي إصبعي DRE للتحري عن سرطانة المستقيم.

الوعائية Vascular:

ربما تجس كتلة بطنية نابضة. وقد يكون المريض مصدوماً. تحدث صدمة في تسلخ الأبهر الحاد مترافقة مع تباين النبض بين الأطراف.

الكلوية Renal:

تحرَّ عن كتل كلوية أو مضض القطن.

النسائية Genaecological:

تحرَّ عن كتل حوضية. افحص باليدين.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل FBC، سرعة التثفل ESR:**

تناقص الخضاب (الخباثة والتقرح الهضمي). ازدياد تعداد الكريات البيض WCC(الخمج كذات العظم والنقي). ارتفاع ESR (الخباثة كالنقيوم أو الترسبات الثانوية، السل، والتهاب الفقار المقسط).

- **البولة والشوارد U&Es:**

قد تكون شاذة في الداء الكلوي.

- **وظائف الكبد LFTs:**

سيرتفع البيليروبين والفوسفاتاز القلوية في انسداد السبيل الصفراوي بسبب سرطانة رأس المعثكلة. وقد ترتفع الفوسفاتاز القلوية أيضاً في داء Paget وتلين العظم والترسبات الثانوية في العظم.والفوسفاتاز القلوية العظمية هي التي ترتفع هنا وسنحتاج للتحري عن النظائر الأنزيمية.

- **صورة شعاعية للصدر CXR:**

ورم بدئي (كسرطانة قصبية). أورام ثانوية.

- **صورة شعاعية للعمود الفقري Spine X-ray:**

الرض (كسور). الفصال العظمي (مسافات قرصية متضيقة ونابتات عظمية). قرص بين الفقرات منسدل (جنف بسيط وفقدان القعس القطني وزوال المسافة القرصية

وعقدة Schmorl). انزلاق الفقار (علامة كلب اسكتلندي مقطوع الرأس). داء Scheuermann (تسفن wedging الفقرة وعدم انتظام الصفيحات الفقرية الانتهائية). ذات العظم والنقي المزمن (تآكل السطوح المفصلية وتخرب العظم والأقراص بين الفقرات وظلال النسج الرخوة كخراج البسواس). النقيوم (آفات مخرمة). ترسبات ثانوية (حالة للعظم أو مصلبة له (الموثة)). ترقق العظم - عظام رقيقة، وانهدام فقري. التهاب الفقار المقسط-. "العمود الفقري بشكل الخيزران". وعدم انتظام وتصلب والتحام المفاصل العجزية الحرقفية). داء Paget العظمي - فقرات بيضاء "متصلبة").

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

أم دم أبهرية. آفات كلوية. آفات رحمية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **مستضد الموثة النوعي PSA:**

سرطانة الموثة.

- **كالسيوم المصل Serum calcium:**

يرتفع في الخباثة والنقيوم والنقائل العظمية.

- **بروتين بنس جونس Bence Jones protein:**

قد يرتفع في النقيوم.

- **رحلان كهربائي لبروتينات البلازما Plasma protein electrophoresis:**

اعتلال غلوبوليني غامائي وحيد النسيلة في النقيوم.

- **التصوير الطبقي المحوري المحوسب CT:**

آفات معثكلية. آفات أبهرية. آفات حوضية.

- **التفريسة بالتكنيسيوم Technetium scan:**

تتماشى البقع الحارة مع النقائل العظمية، والبقع الحارة أحياناً مع داءٍ التهابي.

- **الرنين المغناطيسي MRI:**

لتحديد موضع آفة القرص. والورم الشوكي. وانضغاط النخاع الشوكي.

كتل الثدي BREAST LUMPS

تعد الكتلة في الثدي تظاهرة سريرية شائعة. يجب نفي السرطان في كل حالة كتلة في الثدي.

الأسباب CAUSES:

الكتل المتميزة:

الخبيثة:
- السرطان.
- الورم الورقي.

السليمة:
- الورم الغدي الليفي.
- الكيسة (في التهاب الثدي الكيسى).
- القيلة اللبنية.
- النخر الشحمي.
- الورم الشحمي.
- توسع الأقنية.
- خراج سلي.
- كيسة زهمية.

تورم معمم:

- الحمل.
- الإرضاع.
- البلوغ.
- التهاب الثدي.

التورمات خلف الثدي

- خراج خلف الثدي ناجم عن مرض صدري.
- داء تيتز Tietze.
- تشوهات الأضلاع.
- الورم الغضروفي في الغضاريف الضلعية.

القصة HISTORY:

يُقترح تشخيص السرطان بوجود قصة عائلية قوية، عدم الإنجاب، الطمث الباكر، الضهي المتأخر، قصة فرط تصنع كيسي. يمكن أن تجد المريضة كتلة في الثدي (السرطان غير مؤلم في 85٪ من الحالات) أو تلاحظ انكماش الحلمة رصعة جلدية، تورم إبطي. يمكن أن يحدث اليرقان بسبب النقائل الكبدية أو إصابة عقدة باب الكبد. كما يمكن أن يحدث الألم العظمي بسبب النقائل والكسور المرضية. كما يمكن حدوث ضيق النفس بسبب النقائل الرئوية أو الانصباب الجنبي. إن الصداع، النوب (fits)، تغيرات الشخصية تقترح وجود نقائل مخية. قد يكون لدى المريضة التي تحصل شكايتها في فترة الحمل أو الإرضاع التهاب في الثدي أو خراج أو قيلة لبنية. يُقترح النخر الشحمي بوجود قصة رض. يقترح وجود توسع الأقنية عند المريضة التي تكون في العقد الخامس ولديها ألم خلف اللعوة وانكماش الحلمة ونز قشدي كثيف من الحلمة. كما يُقترح وجود الورم الغدي الليفي عند مريضة عمرها بين 15-25 سنة تعاني من تورم غير ممض. إن المريضة التي تعاني من ألم في الثدي يمكن أن يكون لديها واحد من الحالات الموصوفة تحت عنوان ألم الثدي (صفحة 74). يمكن أن يُسأل عن قصة سابقة للسل، حيث أنه بشكل نادر تتشكل الخراجات السلية ضمن الثدي أو تتفذ من خلال جدار الصدر قادمة من الرئة.

الفحص EXAMINATION:

- **السرطان Carcinoma:**

تورم قاسٍ غير منتظم. يمكن أن يكون متثبتاً بالجلد أو متثبتاً بالعمق. رصعة جلدية. انكماش الحلمة. علامة قشر البرتقال. داء باجيت في الحلمة. اعتلال العقد اللمفاوية الإبطية. اعتلال العقد اللمفاوية فوق الترقوة. ضخامة الكبد.

- **الورم الورقي Phylloides tumour:**

كتلة متحركة يمكن أن تصبح ضخمة جداً.

- **الورم الغدي الليفي Fibroadenoma:**

كتلة ملساء مدورة متحركة "فأرة" الثدي (سمي كذلك لأنه يهرب سريعاً تحت أصابع الفاحص).

■ **الكيسة Cyst:**

تورم متحرك أملس. يمكن أن يكون ممضاً. يمكن أن يترافق مع تعجر معمم في الثدي.

■ **القيلة اللبنية Galactocele:**

تورم متحرك أملس يحدث في الثدي المرضع.

■ **النخر الشحمي Fat necrosis:**

تورم قاسٍ غير منتظم. يمكن أن يعلوه تكدم في الجلد أو آثار أسنان. أحياناً تكون الآفة متثبتة بالجلد ويصعب تمييزها عن السرطان.

■ **الورم الشحمي Lipoma:**

تورم مفصص طري. نادر الحدوث في الثدي. الورم الشحمي الكاذب "Pseudolipoma" هو عبارة عن نتوء bunching الشحم بين أربطة الثدي المعلّقة المنكمشة ويترافق مع سرطان مستبطن.

■ **توسع الأقنية Duct ectasia:**

منطقة ممضة خلف اللعوة. حمامى خلف اللعوة. انكماش الحلمة. نز قشدي كثيف من الحلمة.

■ **كيسة زهمية Sebaceous cyst:**

تورم متحرك متثبت بالجلد. قد توجد نقطة punctum بارزة. يمكن أن تصاب بالخمج، مما يؤدي لاحمرار محيطها وحدوث نز منها.

■ **التورمات المعممة Generalised swellings:**

يمكن أن تحدث التورمات المعممة في الثدي أثناء الحمل والإرضاع والبلوغ. كما يمكن أن تحدث أيضاً في التهاب الثدي وعندها يصبح الثدي ضخماً وأحمر اللون وممضاً وحاراً.

■ **التورمات خلف الثدي Swellings behind the breast:**

نادرة الحدوث، يعد داء تيتز أشيعها، والذي يحصل فيه انتباج وإيلام فوق الغضاريف الضلعية الثاني والثالث والرابع. يمكن أن تلاحظ العلامات الصدرية في الخراج خلف الثدي بوضوح عن طريق قرع وإصغاء الصدر.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التعداد الدموي العام FBC، سرعة التثفل ESR:**

ينخفض الخضاب في الخباثة المنتشرة، يرتفع تعداد الكريات البيض في خراجات الثدي. ترتفع سرعة التثفل في الخباثة والسل.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs :**

ترتفع الفوسفاتاز القلوية في حال وجود نقائل كبدية أو عظمية (أنزيمات أسوية).

- **كالسيوم المصل Serum calcium:**

يرتفع كالسيوم المصل في حال وجود نقائل للعظام.

- **صورة صدر شعاعية بسيطة CXR:**

تكشف النقائل في الرئة والأضلاع، مرض صدري مستبطن مثل السل أو الدبيلة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **دراسة الخلايا المأخوذة بالرشف عن طريق الإبرة الرفيعة FNAC:**

تميز السلامة عن الخباثة. وتميز الكيسة عن الكتلة الصلدة.

- **تصوير الثدي الشعاعي Mammography:**

تشير التكلسات الناعمة أو الكتلة المرتشحة الظليلة على الأشعة إلى الخباثة. يقترح تثلم الجلد وتوسع القنوات خلف اللعوة وجود توسع الأقنية. قد تحدث التكلسات الخشنة في الأورام الغدية الليفية الموجودة منذ فترة طويلة.

- **الخزعة الاستئصالية المفتوحة Open Excision Biopsy:**

مثال: الورم الغدي الليفي، النخر الشحمي.

- **الإيكو (الأمواج فوق الصوتية) US:**

يعتبر استعمال الايكو في الثدي أفضل من تصوير الثدي الشعاعي وذلك لدى النساء الشابات. كما يُجرى إيكو للكبد لاستقصاء النقائل.

- **الطبقي المحوسب CT:**

يجرى للبطن، الصدر، الدماغ. لاستقصاء النقائل.

- **المسح العظمي Bone scan:**

لاستقصاء النقائل.

ألم الثدي BREAST PAIN

يعد ألم الثدي عرضاً شائعاً في العيادات الجراحية العامة. معظم الحالات تكون سليمة وناتجة عن ألم الثدي الدوري، لكن أحياناً يمكن أن يكون الألم هو العرض الرئيس للسرطان.

الأسباب CAUSES:

السرطان (15٪ من الكتل مؤلمة).

ألم الثدي الدوري (الغداد الليفي، التهاب الثدي الكيسي).

توسع الأقنية.

النخر الشحمي.

خراج الثدي.

الحمل.

الإرضاع.

التهاب الثدي.

داء تيتز.

داء موندور Mondor's Disease.

نقائل ضلعية.

حلأ نطاقي.

القصة HISTORY:

يسبب ألم الثدي الدوري حدوث ألم Soreness بشكل متواتر في الأرباع العلوية والخارجية للثدي وذلك في الأسبوع السابق لمجيء الدورة الشهرية. يختفي الألم عادة بعد الدورة ويستمر مختفياً لمدة أسبوعين ثم يعاود الألم بعدها. تشيع الأعراض هذه عند المريضات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20-45 سنة. يحدث توسع الأقنية في العقد الخامس. يكون الألم عادة خلف الحلمة ويترافق مع حمامى تحت اللعوة، ونز قشدي كثيف من الحلمة. يُقترح النخر الشحمي بوجود قصة رض، والتي يكون من المربك

أحياناً أن تعترف بها المريضة (أسنان الشريك!). يكون خراج الثدي أو التهاب الثدي واضحاً . وهو يحدث عادة أثناء الحمل أو الإرضاع لكنه يمكن أن يحدث عند مريضات توسع الأقنية في منطقة خلف اللعوة. يعد حس الألم في الثدي وامتلاؤه من أعراض بداية الحمل. يمكن أن تشير المريضات إلى ألم في الثدي بينما هو بشكل فعلي ألم خلف الثدي. يتظاهر داء تيتز (التهاب الغضاريف الضلعية) بألم له علاقة بالثدي. يتظاهر داء موندور (التهاب الوريد الخثري السطحي في أوردة جدار الصدر تحت الجلدية) أيضاً بألم في الثدي. كما يمكن أن يترافق مع سرطان مستبطن. يمكن أن تتظاهر النقائل الضلعية بألم خلف الثدي أيضاً. يمكن أن يتظاهر الحلأ النطاقي بألم ينتشر بشكل دائري لداخل الثدي ويسبق ظهور الاندفاعات الحويصلية بيومين إلى ثلاثة أيام.

الفحص EXAMINATION:

تقترح الكتلة القاسية غير المنتظمة وجود السرطان (نوقش هذا في قسم كتل الثدي). يقترح الإيلام والتعجر المترافق أحياناً بتورم (كيسة) متحرك أملس وجود ألم الثدي الدوري. يجس التعجر والإيلام في الأرباع العلوية والخارجية غالباً. في المراحل الباكرة من النخر الشحمي يمكن أن يوجد تكدم فوق الثدي وأن تكون الكتلة ممضة، بينما في المراحل المتأخرة تصبح الكتلة قاسية وغير منتظمة ويمكن أن تتثبت بالجلد. يتظاهر خراج الثدي باحمرار وتورم وحرارة وألم في الثدي أثناء الحمل أو بشكل أشيع أثناء الإرضاع. يكون التورم متموجاً ويوجد عادة حمى مرافقة. يتظاهر توسع الأقنية بحمامى تحت اللعوة وإيلام وأحياناً كتلة تحت اللعوة. ويمكن أن يحدث انكماش الحلمة في الحالات التي بقيت طويلاً وكذلك يمكن حدوث نز قشدي سميك من الحلمة. يتظاهر الحمل بامتلاء في الثدي وزيادة تصبغ محيط اللعوة. يوجد في داء تيتز إيلام وأحياناً تورم فوق الغضاريف الضلعية الثاني والثالث والرابع. في داء موندور تبدو أوردة جدار الصدر كحبال حمراء ممضة تمتد غالباً على الانحناء الإبطي الأمامي. يجب فحص الثدي بعناية بحثاً عن كتلة مستبطنة لأنها قد تترافق مع سرطان الثدي. يتظاهر الحلأ النطاقي عادة باندفاعات حويصلية وصفية بعد عدة أيام من ظهور الألم.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دموي عام FBC، سرعة تثفل ESR:**

يرتفع عدد الكريات البيض في التهاب الثدي وخراج الثدي. ترتفع سرعة التثفل في السرطان المنتشر.

- **LFTs:**

يمكن أن ترتفع الفوسفاتاز القلوية بوجود النقائل الكبدية أو العظمية.

- **كالسيوم المصل Serum calcium:**

يمكن أن يرتفع في النقائل العظمية.

- **المسحة Swab:**

نجري (زرع وتحسس C&S) في حال وجود أي نز من الخراج أو الحلمة.

- **صورة صدر شعاعية بسيطة CXR:**

تبين النقائل في الرئة والأضلاع، الانصباب الجنبي في السرطان.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الحاثة القندية المشيميائية الإنسانية بيتا βHCG:**

إيجابي في الحمل.

- **دراسة خلوية للرشافة المأخوذة بالإبرة الرفيعة FNAC:**

تميز السلامة عن الخباثة. وتميز الكيسة عن الكتلة الصلدة.

- **تصوير الثدي الشعاعي Mammography:**

يظهر السرطان. توسع الأقنية.

- **خزعة الثدي Breast biopsy:**

للتمييز بين الآفات السليمة والخبيثة.

- **المسح العظمي Bone scan:**

نقائل ضلعية. الورم النقوي.

الألم الصدري CHEST PAIN

يعد الألم الصدري عرضاً رئيسياً شائعاً جداً في مختلف الاضطرابات، التافهة منها وحتى المهددة للحياة.

الأسباب CAUSES :

القلبية الوعائية:

الخناق.

احتشاء العضلة القلبية.

تسلخ الأبهر الحاد.

التهاب التامور.

الهضمية:

التهاب المري القلسي.

التشنج المريئي.

الداء الهضمي القرحي.

الرئوية:

ذات الرئة.

الصمة الرئوية.

الريح الصدرية.

العضلية الهيكلية:

أذيات جدار الصدر.

التهاب الغضاريف الضلعية.

النقائل الضلعية.

الحلأ النطاقي.

النفسية (العاطفية):

الاكتئاب.

متلازمة داكوستا.

القصة HISTORY:

■ **الشكل Character:**

يميل ألم نقص التروية القلبية لأن يكون حاصراً وضاغطاً، بينما يكون ألم تسلخ أم الدم الأبهرية ممزقاً. يكون الألم الناتج عن التهاب التامور والألم ذو المصدر الرئوي جنبي الطبيعة غالباً، أي يسوء على الشهيق. يسبب القلس المريئي ألماً حارقاً، ويميل الألم المرتبط بالحموضة الهضمية لأن يكون عميقاً وناخساً.

■ **الموقع Location:**

يمكن أن يتوضع كلا الألمين الناتج عن نقص التروية القلبية والناتج عن القلس المريئي خلف القص، بالإضافة لإنتشارهما إلى الفك وباتجاه الأسفل نحو الذراع اليسرى. يمكن أن يسبب التهاب التامور ألماً ينتشر للكتفين. ينتشر الألم الناتج عن تسلخ الأبهر الحاد غالباً إلى الظهر بينما يمكن أن يتوضع الألم الرئوي في أي مكان داخل الصدر.

■ **العوامل المفاقمة Precipitating factors:**

يمكن أن يتحرض الخناق بالجهد والانفعال والطعام والطقس البارد. عندما يحدث الخناق أثناء الراحة لمدة تزيد عن ثلاثين دقيقة يجب أن نعتبره احتشاءً حتى يثبت عكس ذلك. يرتبط القلس المريئي غالباً بالوجبات ويسوء بتغيرات الوضعية مثل الانحناء أو الاستلقاء. يُسيء التنفس غالباً للألم الناتج عن الرئة وحتى ذلك الناتج عن الأسباب الهيكلية العضلية بسبب حركة جدار الصدر.

■ **العوامل المخففة Relieving factors:**

كلا الألمين الناتج عن الخناق والناتج عن التشنج المريئي يمكن أن يتحسنا على ثلاثي نتريت الغلسيريل (GTN) الذي يرخي العضلات الملساء. تخفف مضادات الحموضة الألم الناتج عن القلس المريئي لكنها لا تفيد في الخناق. يتحسن الألم المرافق لالتهاب التامور بالجلوس والانحناء للأمام.

■ الرض Trauma:

يمكن أن تسبق قصة رض كليل أو مُمَطّط Stretching وجود الإيلام في جدار الصدر. تسبب الأذيات الأكثر شدة كسوراً ضلعية وألماً صدرياً. تترافق الكسور الضلعية المرضية مع رضوض خفيفة، يمكن أن تنتج تلك الكسور عن النقائل العظمية أو ضعف الأضلاع الموجود سابقاً بسبب تخلخل العظام.

■ العاطفة Emotion:

أحياناً يكون الألم الصدري هو الشكوى التي يعاني منها مريض الاكتئاب. إن تلازم حدوث فرط التهوية والخفقان والألم الصدري يوصف بمتلازمة داكوستا. ومن الضروري استبعاد كل الأسباب العضوية قبل قبول الاكتئاب أو متلازمة داكوستا كسبب وحيد للألم الصدري لأنه يمكن أن يكون هناك سبب جدي مرافق عند المريض الذي يعاني من مشكلة عاطفية.

الفحص EXAMINATION:

■ الحرارة Temperature:

يمكن حدوث الحمى عند مرضى ذات الرئة واحتشاء العضلة القلبية والتهاب التامور والإنتان بالحلأ النطاقي.

■ النبض Pulse:

لا يقدم معدل ضربات القلب لوحده تفريقاً كبيراً. كل أسباب الألم تؤدي دوماً إلى تسرع القلب. على أي حال إن جس نبض كلا الطرفين العلوي والسفلي يمكن أن يكون مفيداً، حيث يختفي أحياناً النبض المحيطي في التسلخات الأبهرية الحادة.

■ الضغط الوريدي الوداجي JVP:

يرتفع الضغط الوريدي الوداجي في قصور البطين الأيمن الحاد. وهذا يمكن حدوثه في احتشاء العضلة القلبية السفلي أو عندما يحصل انسداد في أكثر من 60٪ من التروية الوعائية الرئوية والناتج عن صمة رئوية.

■ جس الصدر Palpation of the chest:

وجود الإيلام بالجس يعني وجود سبب عضلي هيكلي. يقترح اقتصار الإيلام وحيد الجانب على واحد أو مجموعة متجاورة من القطاعات الجلدية وجود مصدر شوكي أو فقري له. يمكن أن يحدث الإيلام في الإنتان بالحلأ النطاقي.

يحدث انحراف الرغامى في اتجاه معاكس للريح الصدرية الموترة. لكن يتحدد تمدد جدار الصدر في نفس الجانب الذي فيه ذات الرئة أو الريح الصدرية. تلاحظ أصمية بالقرع فوق منطقة التكثف عند مريض ذات الرئة، ويلاحظ فرط وضاحة ناتجة عن الريح الصدرية والتي تكون غالباً علامة صعبة التفسير.

■ إصغاء الصدر Auscultation of the chest:

يحدث في الريح الصدرية غياب وحيد الجانب للأصوات التنفسية، بينما يكون هذا الغياب أكثر توضعاً فوق منطقة الانصباب. يمكن سماع أصوات التنفس القصبية فوق شدفة متكثفة وأحياناً لأعلى مستوى الانصباب. يمكن سماع الخراخر في مناطق محددة في ذات الرئة الفصية بينما تقترح الخراخر المنتشرة إصابة عدة فصوص أو وذمة رئوية ناتجة عن قصور بطيني أيسر تالٍ لاحتشاء عضلة قلبية.

يمكن إصغاء الاحتكاكات في التهاب التامور والأمراض الجنبية. والذي يفرق بينهما هو استمرار وجود الاحتكاكات التامورية عندما يحبس المريض نَفَسَه.

■ الأطراف السفلية Lower limbs:

يمكن حدوث خزل شقي في تسلخ الأبهر الحاد، يمكن أن يقدم وجود ربلة أو فخذ حار مؤلم متورم دليلاً على خثار وريدي عميق مستبطن. يبدي محيط منتصف الفخذ أو منتصف الربلة قياساً أكبر في الجانب المصاب بالخثار الوريدي العميق. بشكل أقل موثوقية، يحصل الألم عند العطف الظهري للقدم (علامة هومان).

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

• التعداد الدموي العام FBC:

يتوقع وجود ارتفاع في عدد الكريات البيض في ذات الرئة وبشكل أقل في احتشاء العضلة القلبية.

- **الأنزيمات القلبية Cardiac enzymes:**

يرتفع الكرياتينين كيناز CK بعد حدوث احتشاء العضلة القلبية بـ 4–8 ساعات ويعود لوضعه السابق بعد 2–3 أيام. نحصل على زيادة في الحساسية بعيار النظائر الأنزيمية CK-MB والتروبونين القلبي .

- **تخطيط قلب كهربائي ECG:**

يبدي الخناق واحتشاء العضلة القلبية تغيرات تخطيطية تتبع نفس النموذج التشريحي للقصور الوعائي الإكليلي. لذلك في انسداد الشريان الإكليلي الرئيسي الأيسر يجب أن نتوقع وجود دليل على نقص التروية أو الاحتشاء في الاتجاهات الأمامية (V_{3-4}) والجانبية اليسرى (V_{4-6}). تعكس إصابة الشريان الأمامي النازل الأيسر تغيرات في الاتجاهات الأمامية فقط. ويسبب قصور الشريان النازل الخلفي تغيرات في الاتجاهات السفلية (II، III، aVF). تتضمن التغيرات في نقص التروية (الخناق) تزحل الشدفة ST للأسفل وانقلاب الموجة T. يسبب الاحتشاء ارتفاع الشدفة ST وتشكيل موجة Q في الاتجاهات الموافقة. يمكن أن تسبب الصمة الرئوية أيضاً تغيرات تخطيطية وتكون غالباً غير نوعية مثل تسرع القلب وانحراف المحور للأيمن وإجهاد بطيني أيمن ورجفان أذيني. أحياناً يمكن أن نجد نموذج ($S_1 Q_3 T_3$) (وجود موجة S في الاتجاه الأول، ظهور الموجة Q وانقلاب الموجةT في الاتجاه الثالث) والذي يشير إلى إجهاد القلب الأيمن.

- **صور الصدر الشعاعية البسيطة CXR:**

إن خط الجنب يمكن أن يُرى وإن غياب علامات الرئة في الطرف القاصي من هذا الخط يدل عادة على الريح الصدرية. يمكن أن ينحصر وجود مناطق تكثف على صورة الصدر ضمن فص واحد أو يكون منتشراً في ذات الرئة والقصبات. بشكل مدرسي نادراً ما يرى ظل بشكل الإسفين (قاعدته للخارج) في الصمة الرئوية، وهذا يحدث فقط إذا حصل احتشاء رئوي. يمكن أن يجعل تسلخ الأبهر لمعته عريضة مما يسبب ظهور بروز على الحافة اليمنى للمنصف. يمكن أن ترى أيضاً كسور الأضلاع أو النقائل الضلعية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **V/Q Scan:**

سوف يظهر عدم توافق (Mismatch) في معظم الصمات الرئوية.

- **تصوير الشريان الرئوي Pulmonary angiography:**

يُظهر الصمة الرئوية. بالإضافة إلى إمكانية رؤية موقع وامتداد الانصمام ويمكن أيضاً استخراج الصمة باستعمال قثطرة.

- **تصوير الأبهر بالطبقي المحوري CT aortography:**

يثبت ويقيم امتداد و موقع التسلخ الأبهري.

- **التنظير الهضمي العلوي Upper GI endoscopy:**

يظهر التهاب المري.

- **قياس الضغط المريئي Oesophageal manometry:**

تتشكل ضغوط مريئية شاذة في التشنج المريئي المعمم.

اضطرابات التخثر CLOTTING DISORDERS

تتظاهر اضطرابات التخثر الولادية عادة بالاختلاطات المرتبطة بضياع الدم طويل الأمد، بينما تكتشف الاضطرابات المكتسبة أثناء إجراء اختبارات التخثر.

الأسباب CAUSES:

الولادية Congential:

الناعور.

داء فون ويلبراند.

المكتسبة Acquired :

عوز فيتامين K:

- الداء النزفي عند الوليد.
- اليرقان الانسدادي.
- سوء امتصاص الدسم.

أمراض الكبد.

التخثر المنتشر داخل الأوعية.

أمراض المناعة الذاتية مثل الذئبة الحمامية الجهازية.

نقل الدم الكتلى.

الأدوية: الهيبارين، الوارفارين، المعالجة بحالات الخثرة.

القصة HISTORY:

- **بداية المرض ومدته Onest and duration:**

إن مدة الأعراض وعمر الشكوى هامان جداً في تحديد السبب المستبطن. يحدث النزف في الأيام القليلة الأولى من الحياة كنتيجة لعدم كفاية تركيب فيتامين K من قبل كبد الوليد وذلك بسبب عدم نضج الكبد. يتظاهر مرض الناعور عادةً باكراً، وذلك بفقدان دم شديد تالٍ للرضوض أو للإجراءات الجراحية مثل الختان. يمكن أن تحدث تظاهرات مرافقة مثل أورام دموية عضلية، وتدمي المفاصل المؤلم.

■ القصة الطبية السابقة **Past medical history:**

يشكل الداء المرافق غالبية أسباب اضطرابات التخثر المكتسبة. بما أن عوامل التخثر تصنع في الكبد، فإن أمراض الكبد تهيئ بشكل طبيعي لشذوذات التخثر. إن الفيتامين K هو فيتامين منحل في الدسم وأساسي في اصطناع عوامل التخثر(II، VII، IX، X). إن الحالات التي يضعف فيها امتصاص الدسم مثل اليرقان الانسدادي أو الأمراض البنكرياسية أو أمراض الأمعاء الدقيقة، ينتج عنها إنتاج منخفض للعوامل السابقة الذكر.

يمكن أن يوجد عند مرضى الذئبة الحمامية الجهازية أضداد مثل أضداد التخثر الذئبية التي تطيل عملية التخثر في اختبارات الزجاج بينما تهيئ لحدوث الخثار عند الحي (in vivo).

يمكن أن يحدث التخثر المنتشر داخل الأوعية (DIC) كتطور للإنتانات الشديدة والخباثة والاختلاطات التوليدية والحروق. ويتصف التخثر المنتشر داخل الأوعية باستهلاك واسع لعوامل التخثر والصفيحات مسبباً اضطراب تخثر شديد.

■ السوابق الدوائية **Drug history:**

يمكن أن تكون الشذوذات التخثرية طبية المنشأ. تتحقق المعالجة بمضادات التخثر باستعمال الهيبارين والوارفارين. أكثر من ذلك، تسبب العوامل الحالة للخثرة خللاً شديداً في التخثر كتأثير جانبي للمعالجة. يمكن أن تنتج اضطرابات التخثر عندما يتم استبدال أكثر من الحجم الجائل الطبيعي عند المريض عن طريق نقل الدم خلال 24 ساعة.

الفحص EXAMINATION:

يجرى فحص عام للتعرف على أية سمات لمرض الناعور. البدء الباكر لالتهاب العظم والمفصل والأورام الكاذبة يمكن أن تنتج عن نوب النزف المتكرر. يمكن أن نرى النخر الجلدي والأورام الدموية في التناول المفرط للوارفارين. إن علامات اضطرابات التخثر المكتسبة الناتجة عن داء كبدي يمكن أن تلفت الانتباه للاضطراب المستبطن.

التحريات العامة GENERAL INVESTIGATION:

- **التعداد الدموي العام FBC:**

إن تعداد الصفيحات المنخفض يهيئ للنزف المتطاول الناتج عن ضعف الإرقاء. لا يؤثر نقص الصفيحات على أزمنة التخثر.

- **مسح التخثر Coltting Screen:**

يجب قياس PT (زمن البروترومبين) و APTT (زمن الترومبوبلاستين الجزئي المفعل) و TT (زمن الترومبين). الشذوذات مسجلة (في الجدول التالي)

TT	APTT	pt	الاضطراب Disorder
ط	↑	ط	*الناعور.*
ط	↑	ط	*داء فون ويلبراند.*
ط	↑	↑	*أمراض الكبد.*
ط	↑	↑	*عوز فيتامين K/ الوارفارين.*
↑	↑	ط أو↑	*هيبارين.*
↑	↑	↑	*.DIC*

- **زمن النزف Bleeding Time:**

يسمح بالتفريق بين اضطراب التخثر البدئي (زمن نزف طبيعي) واضطرابات الصفيحات المسببة لتطاول النزف.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **معايرة عوامل التخثر:**

تطلب معايرة عوامل التخثر للتفريق بين الناعور A والناعور B وداء فون ويلبراند. توجد مستويات منخفضة من العامل الثامن في كلٍ من الناعور A وداء فون ويلبراند. تشير المستويات المنخفضة من العامل التاسع إلى الناعور B. كما يشير الاسم، فإن عامل فون ويلبراند ينخفض في داء فون ويلبراند ويتطاول زمن النزف أيضاً.

- **الفيبرينوجين (مولد الليفين) ومنتجات تدرك الفيبرين:**

ينخفض عدد الصفيحات ومستويات الفيبرينوجين المصلي في التخثر المنتشر داخل الأوعية، بينما تزداد منتجات تدرك الفيبرين مثل (المثنويات –D- dimers D).

التبقرط CLUBBING

التبقرط هو الضخامة الكروية الانتقائية في القطع البعيدة من الأصابع والأباخس الناتجة عن تكاثر النسيج الضام.

الأسباب CAUSES:

التنفسية Respiratory:

سرطان قصبي.

أمراض رئوية مقيحة مزمنة:

- توسع قصبي.
- خراجات رئوية.
- دبيلة (تقيح الجنب).
- الداء الليفي الكيسي.

القلبية الوعائية Cardiovascular:

التهاب شغاف إنتاني.

أمراض القلب الولادية المزرقة.

الهضمية Gastrointestinal:

التشمع.

التهاب الكولون القرحي.

داء كرون.

الداء الزلاقي.

اسباب أخرى Other:

عائلية.

داء غريف (فرط نشاط الدرق).

يتظاهر التبقرط بفقدان الزاوية الطبيعية بين قاعدة الظفر والطية الظفرية. في حال وجود التبقرط، عندما توضع أظافر الأصابع من كل يد على بعضها، فإن الفجوة تغيب، وهذا ما يعرف بعلامة شامروت Shamroth. تتضمن التظاهرات الأخرى زيادة في انحناء سرير الظفر (بكل الاتجاهات) وتسفنج أو تموج وتمدد نهاية الإصبع حيث تصبح شبيهة بمضرب الطبل.

القصة HISTORY:

نحتاج إلى قصة جهازية لنحدد سبب التبقرط. يجب أن يتم السؤال عن الأجهزة القلبية الوعائية والتنفسية والهضمية في محاولة لتحديد السبب المستبطن. إن المناقشة المفصلة حول تشخيص أمراض القلب الولادية المزرقة ليست من موضوع البحث في هذا النص. (رباعي فالو، تبادل موضع الأوعية الكبيرة، شذوذ تصريف الأوردة الرئوية التام).

- **المدة Duration:**

يمكن أن تعطي مدة حدوث التبقرط مؤشراً على السبب المستبطن. يقترح وجود التبقرط منذ الطفولة الباكرة وجود خلة عائلية أو آفة قلبية ولادية مزرقة. بشكل بديل، يمكن أن يكون التبقرط تظاهراً ثانوياً لاضطراب وراثي مثل الداء الزلاقي والداء الليفي الكيسي.

- **الأعراض التنفسية Respiratory symptoms:**

إن وجود سعال ونفث دموي وزلة تنفسية ونقص وزن عند مدخن قديم سوف ينبه الطبيب لتشخيص السرطان القصبي. يجب أن نكشف أيضاً عن أعراض النقائل (ألم عظمي - يرقان)، ويجب أيضاً التأكد من وجود الإصابة نظيرة الورمية (اعتلال عصبي- العطش. وتعدد البيلات الناجمين عن فرط الكالسيوم). في السرطان القصبي يمكن أن يكون التبقرط جزءاً من تظاهر مفصلي معمم هو اعتلال العظام والمفاصل الضخامي الرئوي المنشأ.

الشكوى الرئيسية في التوسع القصبي عادة هي سعال منتج لكميات غزيرة من القشع القيحي. في خراجات الرئة المزمنة أو الدبيلة تكون الأعراض أقل نوعية غالباً ويمكن أن تسبق بقصة ذات رئة أو استنشاق تالٍ لاضطرابات عصبية أو عسرة بلع أو كحولية. يمكن أن يتظاهر المرضى بحمى دائمة منخفضة الدرجة ودعث ونقص وزن وسعال منتج.

- **الأعراض الهضمية Gastrointestinal symptoms:**

يعاني معظم مرضى الداء المعوي الالتهابي والداء الزلاقي من دعث وإسهال وألم بطني ونقص وزن. إن وجود تقرح قلاعي وناسور وتقيح حول الشرج يقترح داء كرون. إن سيطرة الإصابة المستقيمية مع الزحير والنجيج الدموي والمخاطي عبر المستقيم

وصفية أكثر في التهاب الكولون القرحي. على أية حال يمكن أن يكون التفريق على أساس القصة وحدها صعب جداً. تميل أعراض الداء الزلاقي لأن تكون متفاوتة جداً وغير نوعية، مع إسهال غير دموي، وإسهال دهني.

سوف يؤهب الاستهلاك الكحولي الشديد أو الإصابة المسبقة بالتهاب الكبد B إلى حدوث تشمع الكبد. يمكن أن يعاني المرضى من اليرقان، التمدد البطني الناتج عن الحبن (انظر صفحة 53). النزف الهضمي العلوي الناتج عن الدوالي أو التكدم الناتج عن اضطراب التخثر (انظر الصفحة 83) يمكن أن يشكو الأشخاص المصابون بشدة من اعتلال دماغ أو حتى سبات (انظر صفحة 92).

■ **القصة العائلية Family history:**

تقترح القصة العائلية للتبقرط أو الداء الليفي الكيسي السبب الوراثي. تقريباً 15٪ من المرضى المصابين بالداء الزلاقي لديهم مصاب ذو قرابة من الدرجة الأولى.

الفحص EXAMINATION:

■ **التأمل Inspection:**

إن وجود الهزال يمكن أن يشير إلى دنف الخباثة أو أمراض رئوية أو هضمية مزمنة. يجب تأمل الأغشية المخاطية بحثاً عن الزرقة المركزية التي يمكن أن تكون مظهراً أو نتيجة لأمراض القلب الولادية المزرقة. يمكن أن تلاحظ الزرقة أيضاً في أي من أسباب أمراض الرئة الشديدة والمذكورة أعلاه. يحدث التقرح القلاعي في داء كرون والداء الزلاقي. تعد السلعة والجحوظ والشلل العيني ورجفان الراحة مظاهر لداء غريف.

يمكن أن يوجد في التهاب الشغاف الخمجي بالإضافة للتبقرط نزوف متشظية وعقد أوسلر (آفات مرتفعة ممضة في لب الأصابع). وآفات جين واي Janeway (بقع مسطحة غير ممضة على الراحتين والأخمصين).

■ **الحرارة Temperature:**

يمكن ملاحظة الحمى في عدة أسباب مهمة للتبقرط وهي أمراض الرئة المقيحة والتهاب الشغاف الخمجي والداء المعوي الالتهابي الفعال.

■ فحص الصدر Examination of the chest:

يمكن أن يبدي إصغاء منطقة البرك وجود نفخات جديدة أو تغيراً في النفخات القديمة في التهاب الشغاف الخمجي. تحدث الخراخر الخشنة المنتشرة في الرئة لوجود المفرزات المحتبسة في التوسع القصبي. وتحدث الخراخر الناعمة في نهاية الشهيق بوجود تليف سنخي. ويمكن أن توجد خراخر خشنة أكثر توضعاً، وأصمية على القرع في خراج الرئة. يمكن أن تنتج الموجودات الدالة على الانصباب الجنبي عن الخباثة (تحدد تمدد الصدر وحيد الجانب، أصمية على القرع وغياب الأصوات التنفسية). على أية حال، عندما تترافق تلك الموجودات مع الحمى عند مريض متعب فإن ذلك يقودنا لاعتبار وجود دبيلة صدرية.

■ الفحص البطني Abdominal examination:

يمكن أن توجد علامات الداء الكبدي المزمن (انظر صفحة 54) بفحص البطن. على أية حال، هنالك القليل من المظاهر النوعية التي تقترح وجود الداء المعوي الالتهابي. يجب إجراء تنظير للسين دائماً عندما نشك بتشخيص الداء المعوي الالتهابي. أحياناً يمكن أن يوجد إيلام بالحفرة الحرقفية اليمنى أو كتلة في داء كرون. يمكن أن يشير وجود ضخامة طحال إلى فرط توتر بابي مع داء كبدي أو ضخامة مصاحبة لالتهاب الشغاف الخمجي.

الاستقصاءات العامة GENERL INVESTICATIONS:

- **التعداد الدموي العام FBC:**

ينخفض الخضاب في السُّراط- الداء المعوي الالتهابي- التهاب الشغاف الخمجي.

يرتفع تعداد الكريات البيض في خراجات الرئة، الدبيلة، الداء المعوي الالتهابي.

- **سرعة التثفل ESR:**

ترتفع في السرطانة، الداء المعوي الالتهابي،التهاب الشغاف الخمجي.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

أمراض الكبد مثل التشمع.

- **صورة الصدر البسيطة CXR:**

يجب إجراؤها إذا وجدت أعراض تنفسية. يمكن أن تتظاهر السرطانة القصبية بكثافة سرية أو محيطية أو كتلة متكهفة أو انخماص شدفة رئوية ناتج عن انسداد لمعي، أو انصباب جنبي أو ارتفاع نصف الحجاب الناجم عن شلل العصب الحجابي أو تخرب الضلع الموافقة بسبب الغزو. تبدو خراجات الرئة كظل مدور مع وضوح مركزي أو مستوى سائل – هواء. تملك الرئة متوسعة القصبات قصبات متوسعة مرئية ومناطق متعددة من التكثف. في التهاب الأسناخ التليفي، يوجد ظلال ضبابية في قاعدة الرئة تعطي مظهر قرص العسل.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

بملاحظة الطبيعة المختلفة لأسباب التبقرط، يجب إجراء استقصاءات إضافية موجهة بالقصة وموجودات الفحص السريري.

- **تحليل البول:**

يظهر آثار دموية بسبب الصمات المجهرية الناتجة عن التهاب الشغاف الخمجي.

- **زرع الدم:**

في التهاب الشغاف الخمجي.

- **تصوير القلب بالإيكو (إيكو القلب):**

يفيد في تشخيص التهاب الشغاف الخمجي خاصة بوجود تنبتات كبيرة.

- **تنظير السين:**

في الداء المعوي الالتهابي- تتضمن الموجودات الوصفية مخاطية حمامية ومناطق نزفية ونزوف وتقرحات الاحتكاك Contact.

- **خزعة الكولون والمستقيم:**

تظهر التهاب الكولون القرحي وداء كرون.

- **تنظير الكولون:**

يظهر الداء المعوي الالتهابي.

- **رحضة الباريوم:**

يظهر الداء المعوي الالتهابي.

- **رحضة الأمعاء الدقيقة.**

تظهر داء كرون.

- **أضداد الإندوميزيوم (غلاف الألياف العضلية)، والرتيكولين (بروتين الألياف الشبكية).**

في الداء الزلاقي.

- **خزعة الصائم:**

في الداء الزلاقي- يمكن أن تظهر ضمور زغابي تحت تام عكوس على الحمية الخالية من الغلوتين.

- **تصوير طبقي محوري للصدر CT Thorax:**

يجب إجراؤه لتقييم السرطان القصبي- أيضاً يفيد في إثبات تشخيص التوسع القصبي وهو استقصاء حساس في تشخيص التهاب الأسناخ التليفي.

السبات COMA

ينتج السبات عن ضعف مستمر في إدراك الذات والمحيط. يمكن أن يعرَّف ببساطة على أنه حالة من فقدان الوعي، أو يصنف رقمياً حسب مقياس غلاسكو أقل من 8.

الأسباب CAUSES:

الرضوض:

أذيات الرأس:

آذية محورية منتشرة.

نزف فوق الجافية.

نزف تحت الجافية.

استقلابية:

هبوط الحرارة.

نقص السكر.

فرط السكر.

نقص الصوديوم.

فرط الصوديوم.

الحماض السكري الكيتوني.

قصور الأعضاء:

القصور القلبى الدورانى.

القصور التنفسى.

القصور الكبدي (اعتلال الدماغ).

القصور الكلوي (السبات اليوريميائي).

قصور الدرق.

الوعائي:

السكتة.

النزف تحت العنكبوتية.

الإنتان:

التهاب السحايا.
التهاب الدماغ.
الملاريا المخية.

المحرض بالأدوية / السموم:

الكحول.
الجرعة الزائدة (الأفيونات، ثلاثيات الحلقة، البنزوديازيبينات).
التسمم بأحادي أوكسيد الكربون.

المخية:

ورم دماغي.
خراجات دماغية.
الصرع.

القصة HISTORY:

يتم الحصول على قصة المريض المسبوت عادة من فريق الطوارئ، أو الأقارب أو الأصدقاء أو الشهود. تتضمن مصادر المعلومات الأخرى ملاحظات المشفى السابقة والتقارير المحفوظة عند الأطباء العامين والأدوية أو الوصفات التي وجدت في مكان إقامة المريض.

■ التظاهرات Presentation:

يعد اعتبار ظروف كشف المريض عادة الجزء الأول من المعلومات المطلوب تسجيلها. يتم نقل مرضى الرضوض من أماكن حوادث السير أو الحريق أو التي تم فيها الاعتداء عليهم في الشارع. عندما يتم إحضار اليفعان من النادي الليلي وهم فاقدو الوعي، من الهام استبعاد الانسمام الكحولي الذي يُحدث نقص سكر وتأثيرات الأدوية المحرمة (فرط الحرارة الخبيث مع الذهول). يمكن أن يوجد في محاولات الانتحار رسالة مرافقة، أو يمكن أن يتم كشف الحالة من خلال زجاجات الدواء الفارغة. يشتبه بالانسمام بأحادي أوكسيد الكربون في محاولات الانتحار عند تواجد الشخص في مكان

مغلق مع وجود محرك دوار running engine. بشكل بديل، يمكن أن يحدث الانسمام أيضاً كإختلاط عند الضحايا المصابين بالحروق. يمكن أيضاً أن يعاني المرضى الذين تم إحضارهم حالاً من خارج منازلهم فاقدي الوعي، من هبوط الحرارة بالإضافة للحدث البدئي.

- **بداية المرض Onset:**

عندما يوجد شهود، فإن اعتبار المعلومات عن سرعة هجمة السبات يمكن أن يساعد في تحديد السبب. تعتبر البداية المفاجئة لفقد الوعي، وصفية لنوبة الصرع أو الحادث الوعائي.

- **الرض:**

تعتبر أذيات الرأس أسباباً شائعة للسبات التالي للرض، ليست كل الأسباب مترافقة مع رض كليل على الجمجمة. تنتج الأذية المحورية المنتشرة عن قوى قاطعة شديدة على الدماغ، تالية لقوى التباطؤ والتسارع السريعة. يمكن أن تسبب أذيات الرأس الكليلة نزوفاً فوق الجافية كنتيجة لكسور الجمجمة مع تمزق الشرايين السحائية. هناك عادة قصة أذية مع فقدان وعي عابر، تتلوه فترة صافية حيث يحس المريض ويبدو أنه بوضع حسن، تتبع بنعاس وصداع وإقياء وفالج شقي مترقي وبشكل نهائي يحدث سبات. تتلو النزوف تحت الجافية الرض الشديد مع تمزقات قشرية أو تتلو رضاً أقل شدة مع تمزق الأوردة الجسرية. يمكن أن تحدث النزوف تحت الجافية المزمنة حتى في غياب الرض، يكون المرضى المسنون المصابون بضمور قشري أكثر عرضة لهذا النوع من الأذية.

بالإضافة إلى أذيات الرأس، يمكن أن يحدث السبات في أي أذيات شديدة بشكل كافٍ لإحداث قصور دوراني أو تنفسي.

- **الصداع:**

يمكن أن يحدث الصداع الشديد قبل السبات بسبب الرض أو النزف تحت العنكبوتية (يعاني المريض بشكل تقليدي من بداية مفاجئة لصداع معمي blinding، يعد أسوأ ما عانوا في حياتهم)، أو التهاب سحايا (صداع مترافق مع رهاب الضوء وصلابة النقرة). يمكن أن ينتج الصداع المترقي الذي يسوء في الصباح والمترافق مع الإقياء عن ارتفاع الضغط داخل القحف بسبب ورم دماغي.

■ **العوامل المؤهبة:**

تعد قصة وجود عامل مؤهب مفيدة عند تقييم المريض المسبوت. يجب أن يقود وجود الداء السكري للتفكير في حدوث الحماض الكيتوني (السكري نمط I) وهبوط السكر (أخطاء بجرعة خافضات السكر الفموية أو الأنسولين). يمكن أن يحدث السبات عند المرضى المعروف بإصابتهم بقصور كلوي أو كبدي، كنتيجة لارتفاع آزوت الدم أو اعتلال الدماغ على التوالي.

يمكن أن يحدث السبات أيضاً بسبب قصور الدرق الشديد. يجب أن يقود وجود محاولات انتحار سابقة أو قصة اكتئاب لاعتبار وجود جرعة دوائية مفرطة. يمكن أن يكون مرضى الصرع مصابين بالحالة الصرعية أو في حالة ما بعد النوبة. يمكن أن ينتج السبات كحدث نهائي للمرض التنفسي أو القلبي الموجود مسبقاً.

الفحص EXAMAINATION:

■ **الحرارة:**

يجب أخذ حرارة الجسم عند كل المرضى وإن وجود سلسلة من درجات حرارة الجسم الطبيعية يمكن أن تستبعد بسهولة وجود انخفاض حرارة أو ارتفاع حرارة والتي يمكن أن تتلو السكتة القلبية أو استخدام الأدوية المحرمة.

■ **الفحص العام:**

يجب أن يجرى تأمل كامل. من الضروري التخلص من الملابس، المحيطة بالجذع (لفحص الظهر). وإجراء فحص مفصّل للفروة لتحري النزف والأورام الدموية والكسور. يمكن أن يشير وجود أورام دموية حول الحجاج ثنائية الجانب، أو سيلان أنفي للسائل الدماغي الشوكي إلى كسر بالحفرة الأمامية للجمجمة. يمكن أن ينجم التكدم فوق الخشاء (علامة باتل)، أو السيلان الأذني للسائل الدماغي الشوكي عن كسر الحفرة القحفية الوسطى. يبدو المريض المصاب بالتسمم بأحادي أكسيد الكربون أحمراً لامعاً (براقاً). يكون المرضى المصابون بالوذمة المخاطية بشكل وصفي بدينين مع ملامح خشنة وجلد جاف وشعر متقصف. يبدي تأمل الوجه غالباً نقصان الثلثين الخارجيين من الحاجب مع سحنة "الخوخ والكريم Peaches and Cream". يجب أن يفحص الذراعان بعناية بحثاً عن التسحجات ومواقع وخز الإبرة التي تقترح إساءة استعمال الأدوية. عند وجودها

نعتبر إمكانية وجود جرعة مفرطة من الأفيونات. أحياناً يمكن رؤية اندفاع حَبري على الجلد في التهاب السحايا بالمكورات السحائية.

يجب فحص أجهزة العضوية بالتتالي، نشك باعتلال الدماغ أو ارتفاع آزوت الدم إذا اقترحت العلامات وجود داء كبدي (انظر صفحة 54) أو قصور كلوي مزمن على التتالي. يجب أن يفحص النبض من أجل اللانظميات التي يمكن أن تسبب القصور القلبي. يمكن أن يرتفع أيضاً الضغط الوريدي الوداجي.

تتضمن الأسباب الأخرى لارتفاع الضغط الوريدي الوداجي، الريح الصدرية الموترة، والسطام القلبي اللذين قد يحدثان إعاقة للدوران ويسببان فقد وعي. يمكن أن يبدي إصغاء الصدر خراخر ثنائية الجانب مع وذمة رئوية ناتجة عن قصور قلب أيسر أو ذات قصبات ورئة أو التهاب قصبات مزمن أو استنشاق.

الفحص العصبي NEUROLOGICAL EXAMINATION:

يجب أن يبدأ الفحص العصبي بمقياس غلاسكو. يمكن تقييم صلابة النقرة عند المرضى غير المصابين بالرض، وهي يمكن أن تنتج عن التهاب السحايا، أو النزف تحت العنكبوت. يجب تقييم أذية العمود الرقبي عند مرضى الرض، قبل اتخاذ أي إجراء. يجب فحص الحدقتين من حيث الحجم ومنعكس الضوء. تحدث الحدقة الدبوسية بالاستعمال المفرط للأفيونات، والحدقة الصغيرة بآفات جذع الدماغ، والحدقة المتوسعة باستعمال الكوكائين أو الأمفيتامين ونقص السكر وحالات ما بعد النوبة، وموت جذع الدماغ. توجد الحدقة المتوسعة والثابتة أحادية الجانب، في آفات العصب المحرك للعين والتي يمكن أن تنتج عن ارتفاع الضغط الناجم عن نزف داخل القحف أو ورم.

يجب إجراء تنظير قعر العين للتعرف على نقص نبضان الوريد الشبكي أو وذمة حليمة صريحة دالة على ارتفاع الضغط داخل القحف. يمكن أن يجرى فحص عصبي محدود للمرضى المسبوتين، يتضمن تقييم المقوية، والمنعكسات، واستجابة بابنسكي تشير زيادة المقوية أحادية الجانب واشتداد المنعكسات، واستجابة أخمصية للأعلى إلى إصابة العصبون المحرك العلوي المقابل، مثل السكتة أو النزف داخل القحف أو الورم.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التعداد العام FBC:**

يمكن أن يرتفع تعداد الكريات البيض في التهاب السحايا، يترافق التهاب السحايا الفيروسي مع زيادة اللمفاويات في الدم كما تزداد عدلات الدم في التهاب السحايا الجرثومي.

- **سكر الدم:**

إن عيار سكر الدم بجانب سرير المريض، مفيد جداً لاستبعاد نقص سكر الدم، والذي يعد سبباً يمكن إصلاحه بسهولة.

- **فحص البول:**

يجب فحص البول بحثاً عن الكيتونات التي توجد في الحماض الكيتوني السكري. يمكن إرسال البول أيضاً إلى التحليل السمي إذا وجد شك بالانسمام.

- **البولة والشوارد U & Es:**

ترتفع البولة والكرياتينين في القصور الكلوي. يجب معرفة اضطرابات مستويات الصوديوم بشكل سريع.

- **فحص وظائف الكبد LFTs:**

ترتفع ناقلات الأمين والبيليروبين بشكل ملحوظ في القصور الكبدي.

- **فحص وظائف الدرق TFTs:**

يرتفع TSH وينخفض T_4 في قصور الدرق.

- **المسح السمي:**

في حالات الشك بوجود انسمام أو جرعة مفرطة، تكون المستويات المصلية للساليسيلات والباراسيتامول، مساعدة في كلا التشخيص والمعالجة. يجب أيضاً فحص مستويات الإيتانول، ومستويات الكاربوكسي هيموغلوبين، في حال الشك بالتسمم بأحادي أوكسيد الكربون.

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

يفيد تخطيط القلب الكهربائي في تشخيص اللانظمية واحتشاء العضلة القلبية. (انظر صفحة 81). وكل من هذين المرضين يمكن له أن يؤدي إلى قصور دوراني.

- **صورة الصدر البسيطة CXR:**

يمكن أن تبدي وذمة رئوية أو كثافة فصية ناتجة عن الإنتان أو الاستنشاق.

- **صورة بسيطة للعمود الرقبي:**

نفي الكسور في الأسباب الرضية للسبات.

- **التصوير الطبقي المحوسب:**

يكون التصوير الطبقي المحوسب مطلوباً بوجود قصة رض أو علامات سريرية تثير الشك بأذية في الرأس، (يفضل على صورة الجمجمة البسيطة). بالإضافة إلى أن التصوير الطبقي المحوسب يبين وجود وموقع النزف داخل القحف والأورام.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **البزل القطني:**

يجرى بزل قطني في حالات الشك بالتهاب السحايا ويرسل عندها السائل الدماغي الشوكي (الذي يمكن أن يكون عكراً)، للدراسة المجهرية والزرع.

- **تخطيط الدماغ الكهربائي EEG:**

يستطب تخطيط الدماغ الكهربائي عند الشك بتشخيص الصرع، على أية حال تشخص وتعالج الحالة الصرعية سريرياً. يفيد تخطيط الدماغ الكهربائي أيضاً في تشخيص التهاب الدماغ.

التخليط الذهني CONFUSION

يعد التخليط الذهني حالة سلوكية من تناقص الصفاء الذهني، والترابط، والإدراك، والمحاكمة. تعتبر الاضطرابات النفسية هي المسؤولة في كثير من الحالات ويشار على القارئ أن يبحث عن تلك الحالات في مراجع الأمراض النفسية. **الأسباب العضوية مجدولة بالأسفل:**

الأسباب CAUSES:

سموم/ ادوية:

الانسمام بالكحول/ تناذر السحب.

الانسمام الدوائي.

نقص الأكسجة:

قصور القلب.

الاضطرابات التنفسية.

الاضطراب الاستقلابي:

ارتفاع سكر الدم/ هبوط سكر الدم.

اضطراب توازن الشوارد مثل الصوديوم، الكالسيوم.

عوز التيامين.

عوز الفيتامين B_{12}.

المرض الجهازي:

القصور الكلوي.

القصور الكبدي.

الاضطرابات الدرقية.

العصبية:

أذيات الرأس.

الصرع (عقب النوبة).

السكتة/ النشبة الدماغية العابرة.

النقائل الدماغية.

الإنتان:

إنتان الدم.

التهاب سحايا/ التهاب دماغ.

إنتان السبيل البولى.

إنتانات السبيل التنفسى.

القصة HISTORY:

■ بداية المرض:

يحدث البدء الفجائي للتخليط في أذيات الرأس والصرع والسكتة والاضطرابات الاستقلابية. يميل الإنتان الجهازي والداء الجهازي والنقائل المخية لأن تحدث بشكل تدريجي أكثر.

■ القصة المرضية السابقة:

يترافق الداء السكري مع شذوذات في مستويات السكر، يمكن أن تنتج المستويات العالية عن ضعف السيطرة السكرية، بينما يمكن أن تنتج المستويات المنخفضة عن خطأ في إعطاء الدواء أو وجبة ناقصة أو جهد غير معتاد. يعد وجود قصة اضطراب درقي ذا صلة كبيرة بالتخليط حيث يمكن أن ينتج التخليط عن الفرط والقصور الدرقي (جنون الوذمة المخاطية Myxoedema Madness). يمكن أن يسرع وجود السرطان حدوث التخليط كنتيجة للنقائل المخية أو تطور فرط كالسيوم ناجم عن الخباثة. يعد اعتلال الدماغ مظهراً لكلٍ من القصور الكبدي وعوز التيامين. يمكن أن يسبب القصور الكلوي التخليط عن طريق اعتلال الدماغ اليوريميائي، أو كنتيجة لاضطرابات شاردية عديدة. يمكن أن ينتج نقص الأكسجة عن القصور القلبي والداء التنفسي.

■ القصة الدوائية:

يمكن أن ينجم التخليط عن الاستعمال أو السحب المفاجىء للبنزوديازبينات والباربيتورات والستيروئيدات والأدوية المحرمة. تعد القصة الدوائية هامة بشكل خاص عند المسنين حيث يمكن أن تسبب عدة أدوية التخليط.

■ **الأعراض المرافقة:**

يمكن أن ينجم التخليط المترافق مع ضعف حركي عن السكتة أو النقائل المخية. يمكن أن تنجم الاضطرابات الحسية عن عوز التيامين وعوز فيتامين B_{12}. نشك بشكل خاص عند المسنين بالإنتانات التنفسية، أو البولية، كسبب للتخليط ويمكن أن يشكو المسن على التوالي من الحمى والسعال، مع القشع القيحي، أو عسر التبول، تعدد البيلات، رائحة البول النفاذة، بيلة قيحية، وبيلة دموية. أحياناً يتظاهر احتشاء العضلة القلبية بتخليط عند المسنين.

الفحص EXAMINATION:

■ **الحرارة:**

يقترح وجود الحمى، السبب الإنتاني. ويُجرى البحث الدقيق عن البؤرة عند إجراء الفحص الجهازي.

■ **الفحص العام:**

يجب أن تقيم الحالة العقلية ومستوى الوعي بتسجيلها وفق مقياس غلاسكو. يمكن أن يبدي التأمل الدقيق التسحجات أو النزوف أو الأورام الدموية في الفروة والتي تقترح أذية بالرأس. يمكن أن تقدم أوردة الساعد أمام المرفق، دليلاً على وخزات الإبرة في إساءة استعمال الأدوية الوريدية.

■ **الفحص الجهازي:**

يطلب فحص الأجهزة للتعرف على المظاهر العامة المقترحة للأمراض القلبية، والتنفسية، والكبدية، والكلوية، والدرقية.

■ **الفحص العصبي:**

تفحص الأعصاب القحفية ويمكن أن يدل وجود الرأرأة على الانسمام الكحولي الحاد أو الانسمام بالفينيتوئين، أو جرعة زائدة من الباربيتورات أو داء مخيخي بسبب سوء استعمال كحولي مزمن. عندما تترافق الرأرأة مع شلول عينية ورنح، فهذا يقترح متلازمة فيرنيك – كورساكوف التي تحدث بسبب عوز التيامين. يمكن أن تنتج أيضاً

شذوذات الأعصاب القحفية المعزولة عن التهاب السحايا. يفحص الجهاز الحركي، ويمكن أن ينتج ضعف العصبون الحركي العلوي أحادي الجانب عن السكتة أو النقائل المخية. يمكن أن ينتج اعتلال عصبي حسي عن السكري والقصور الكلوي والكحولية والسرطان وعوز التيامين والفيتامين B_{12}. تسيطر إصابة الحبال الخلفية في تنكس الحبل تحت الحاد المرافق لعوز فيتامينB_{12}، حيث ينقص حس الاهتزاز والوضعة واللمس الخفيف. بشكل مدرسي يترافق ذلك مع فقدان نفضة الكاحل، واستجابة أخمصية بالانبساط.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **BM Stik:**

ارتفاع أو انخفاض السكر.

- **سكر الدم:**

ارتفاع سكر الدم / انخفاض سكر الدم.

- **إشباع الأوكسيجين:**

ينخفض في الاضطراب القلبي أو التنفسي.

- **غازات الدم الشرياني ABGs:**

يحدث فرط كربون الدم بالداء التنفسي، نقص أوكسجين الدم.

- **استقصاء الإنتان:**

زراعة للقشع والبول والدم.

- **استقصاء التسمم:**

فحص البلاسما أو البول بحثاً عن الكحول أو دواء/ سم معين.

- **تعداد دموي عام:**

فقر دم كبير الكريات في عوز فيتامين B_{12}. ارتفاع الكريات البيض في الإنتان والاحتشاء. لطاخة دموية سميكة عند الشك بالملاريا.

- **البولة والشوارد:**

ارتفاع أو انخفاض الصوديوم، ارتفاع البولة والكرياتينين بالقصور الكلوي.

- **فحص وظائف الكبد:**

ارتفاع البيلروبين وناقلات الأمين في القصور الكبدي.

- **كالسيوم المصل:**

ارتفاع الكلس أو انخفاضه.

- **فحص وظائف الدرق:**

قصور الدرق (الوذمة المخاطية). فرط الدرق.

- **معايرة فيتامين B_{12}:**

ينخفض في تنكس الحبل المشارك تحت الحاد.

- **تخطيط القلب الكهربائي:**

للبحث عن احتشاء العضلة القلبية الصامت.

- **صورة الصدر البسيطة:**

تكثف فصي أو قصبي- ذات رئة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تصوير طبقي محوسب للراس:**

نقائل مخية، السكتة، أذيات الرأس.

- **تخطيط الدماغ الكهربائي:**

الصرع.

- **البزل القطني:**

التهاب السحايا.

الإمساك CONSTIPATION

الإمساك هو التواتر القليل لتغوط قاسٍ بشكل شاذ عند مريض معين. يجب أن يكون مرتبطاً مع عادات تغوط المريض الطبيعية. يمكن أن ينجم الإمساك الحاد عن انسداد معوي حاد أو داء بطني معمم أو تغير مفاجئ في العادات مثل القبول بالمشفى. للإمساك المزمن أسباب متنوعة. يعد الإمساك شكوى شائعة.

الأسباب CAUSES:

الولادية

داء هيرشبرنغ.

المكتسبة:

الانسداد: سرطان كولوني.
داء الرتوج.
الضغط خارجي المنشأ مثل الحمل، أورام المبيض.

الشرج المؤلم: الشق الشرجي.
خراج حول الشرج.
بواسير مختنقة.
ما بعد استئصال البواسير.

وهن الأمعاء: العلوص الشللي.
الشيخوخة.
أذية الحبل الشوكي.

غدي: السكري (اعتلال الأعصاب الذاتية).
الوذمة المخاطية.
فرط نشاط جارات الدرق.

الأدوية: فوسفات الكودئين.
المورفين.
الأتروبين.
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة.
سوء استعمال الملينات.

أسباب أخرى: القلق والاكتئاب.
متلازمة الأمعاء الهيوجة.
تغيرات الحمية.
المخمصة.
الأمراض العامة.

القصة HISTORY:

■ الولادية:

يتظاهر داء هيرشبرنغ عادة بإمساك منذ الولادة. يمكن أن يحدث تمدد بطني واضح في النهاية. يمكن أن لا يتم التعرف على هذه الحالة حتى مرحلة متقدمة في سن اليفع أو حتى في بداية البلوغ.

■ المكتسبة:

الانسداد:

يمكن أن يكون هناك بداية سريعة للامساك، على الرغم أن بداية المرض تكون عادة تدريجية حيث يعاني المريض من ألم بطني قولنجي ونفخة ونقص وزن ووسن وأحياناً إسهالات كاذبة. يمكن أن يحدث الإمساك بسبب ضغط الأعضاء المجاورة مثال الحمل، كيسة مبيضية أو أورام ليفية ضخمة. يمكن أن يسبب داء الرتوج إمساكاً بوجود التضيق أو عدمه.

الشرج المؤلم:

يمكن أن يسبب الألم عند التبرز إمساكاً عند المريض ناجماً عن خوفه من التبرز بسبب الألم. السبب الأكثر شيوعاً هو الشق الشرجي. تتضمن الأسباب الأخرى للألم حول الشرجي البواسير المختنقة (يعطي المريض غالباً قصة سابقة عن البواسير) والخراج حول الشرج أو يمكن أن يحدث بعد استئصال البواسير.

وهن الأمعاء:

يمكن أن يتلو العلوص الشللي الجراحة البطنية أو حالات البطن الالتهابية. ويمكن أيضاً أن يتلو كسور العمود الفقري أو الراحة الطويلة بالسرير خاصة عند المسنين. تكون شكوى المريض الرئيسية بطناً منتفخة.

الغدية:

ابحث عن قصة سكري. يمكن أن ينجم الإمساك عن اعتلال الأعصاب الذاتية السكري. يمكن أن تسبب الوذمة المخاطية الإمساك. ابحث عن الأعراض الأخرى مثل عدم تحمل البرد وتبدلات الجلد والشعر. أي سبب لفرط كالسيوم الدم مثل فرط نشاط جارات الدرق يمكن أن يسبب إمساكاً. يمكن أن يعاني المريض أيضاً من البيلة الليلية، الغثيان والاقياء والألم البطني والاضطرابات العقلية بشكل مرافق لهذه الحالة.

الأدوية:

خذ قصة دوائية دقيقة، يمكن أن يجعل سوء الاستعمال المزمن للملينات الأمعاء كسولة، وينتج عنه الإمساك.

اسباب اخرى:

يمكن أن يعاني مرضى القلق أو الاكتئاب من الإمساك. في الاكتئاب، يمكن أن يعاني المريض أيضاً من تغير في نمط النوم، ويصحو باكراً، ويجد صعوبة في العودة للنوم. يمكن أن يشكو المريض في متلازمة الأمعاء الهيوجة من الإمساك، أو الإسهال، أو كليهما بشكل متبادل. يمكن أن يسبب تغير الحمية إمساكا. هذا ينجم إما بسبب محاولات المريض المعتمدة لإنقاص الوزن، أو عن وجود حالات أخرى تنقص مدخوله الغذائي. ينجم الإمساك أيضاً عن الأمراض العامة التي تؤثر على الشهية بشكل خاص.

الفحص EXAMINATION:

الانسداد:

سوف يوجد بطن متمددة مع أصوات معوية انسدادية رنانة عالية اللحن. سوف يكون المستقيم عادة فارغاً بالفحص المستقيمي الإصبعي (المس الشرجي). يمكن أن يوجد في التضيق الرتجي إيلام بالحفرة الحرقفية اليسرى. يمكن جس كتلة في البطن في الخباثة.

الشرج المؤلم:

يمكن أن يبدي تأمل الشرج شقاً شرجياً مزمناً أو بواسير مختنقة أو خراجاً حول الشرج. سوف يكون المس الشرجي بالشق الشرجي مؤلماً بشدة، إن لم يكن غير ممكن. يمكن أن يحدث الإمساك عند المرضى بعد استئصال البواسير إذا لم يُعطوا العلاج المناسب.

وهن الأمعاء:

سوف يتمدد البطن وهذا غالباً تمدد غير مؤلم. سوف تغيب الأصوات المعوية. يمكن أن توجد علامات جراحة حديثة. يجب أن يجرى فحص عصبي كامل إذا لم يظهر سبب العلوص.

الغدية:

يوجد في الداء السكري عادة الاختلاطات الأخرى للسكري. في الوذمة المخاطية افحص بعناية العلامات الأخرى مثل الشعر الجاف والخشن واللسان الضخم والصوت الخشن والمنعكسات بطيئة الاسترخاء. يجب أن يجرى المس الشرجي عند أي مريض يعاني من الإمساك . يمكن أن يكون المستقيم فارغاً بشكل تام في الانسداد أو يحوي كتلاً برازية بقساوة حجرية في الإمساك الوظيفي.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دموي عام FBC، سرعة التثفل ESR:**

ينخفض الخضاب بسبب فقر الدم المترافق مع السرطانة المعوية. ترتفع الكريات البيض في التهاب الرتوج. ترتفع سرعة التثفل بالسرطان.

- **البولة والشوارد U & Es:**

ترتفع البولة بالتجفاف في الأسباب الانسدادية.

- **فحوصات وظائف الكبد LFTs:**

ينخفض الألبومين في المخمصة.

- **تنظير السين Sigmoidoscopy:**

الورم – الخزعة. داء هيرشبرنغ – خزعة – غياب الخلايا العقدية.

- **صورة أشعة بسيطة للبطن AXR:**

انسداد – أمعاء متوسعة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **كالسيوم المصل Serum Calcium:**

فرط نشاط جارات الدرق.

- **فحوصات وظائف الدرق TFTs:**

انخفاض T_4 وارتفاع TSH في الوذمة المخاطية.

- **سكر الدم Blood glucose:**

السكري – اعتلال الأعصاب الذاتية السكري.

- **حقنة الباريوم Barium enema:**

الأورام. داء الرتوج.

- **تنظير الكولون:**

أورام. خزعة.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

أورام، كيسات مبيض، أورام ليفية، حمل.

- **مرنان MRI:**

رضوض شوكية، أمراض شوكية.

الاختلاجات CONVULSIONS

الاختلاج هو سلسلة من التقلصات العنيفة اللاإرادية في العضلات الإرادية.

الأسباب CAUSES:

العصبية:

الصرع.

الاختلاجات الحرورية.

الرضية:

أذيات الرأس.

الجراحة العصبية.

الاستقلابية:

السكر.

الكالسيوم.

الصوديوم.

نقص الأكسجة.

ارتفاع البولة بالدم.

الوعائية:

الاحتشاء.

نزف تحت العنكبوت.

نزف داخل القحف.

إنتانية:

التهاب السحايا.

التهاب الدماغ.

الخراج المخي.

الورمي:

أورام الدماغ.

المحرض بالأدوية/ السموم:

الكحولية/ السحب.

أمفيتامين، كوكائين، مضادات الذهان.

القصة HISTORY:

■ الحدث:

عند تقييم مرضى الاختلاجات من الهام أيضاً استبعاد أسباب الغشي (انظر صفحة 477). للوصف الدقيق من قبل المراقب أهمية بالغة من أجل التوثيق ويمكن أن يساعد في التفريق بين أشكال النوب الصرعية. يمكن أن ترافق البوادر أو النسمة بدء حدوث النوبة.

■ العوامل المحرضة:

تبدأ القصة بعوامل محرضة مثل الرض والجراحة والجرعة الدوائية الزائدة. يمكن أن يكون الصرع القديم واضحاً.

■ الصداع:

يمكن أن تنتج الاختلاجات المترافقة بالصداع عن الرض أو النزف تحت العنكبوت أو التهاب السحايا أو ارتفاع الضغط داخل القحف بسبب ورم. يمكن أن يعاني مرضى النزف تحت العنكبوت أيضاً من بدء فجائي لصداع مُعمي blinding. يترافق صداع التهاب السحايا مع صلابة نقرة ورهاب ضوء. بوجود ارتفاع الضغط داخل القحف يميل الصداع لأن يسوء في الصباح وعلى السعال أو العطاس. يمكن أن يترافق مع غثيان أو إقياء. من أجل الوصف الأكمل (انظر صفحة 244).

■ الأعراض العصبية المرافقة:

تملك الأذية العصبية الموجودة سابقاً قبل حدوث الاختلاجات دلالة هامة. يمكن أن تسبب السكتة أو النزف تحت العنكبوت أو النزف داخل القحف أذية عصبية سابقة للاختلاج. يمكن أن تنتج الأذية المترقية المزمنة السابقة للنوبة عن نمو الورم. في زمن ما بعد النوبة، يمكن أن يرافق الصرع ضَعفٌ عضلي عابر (شلل تود). يمكن أن تحدث الأذية العصبية الدائمة بسبب نقص الأكسجة المخية الناجم عن نوب طويلة.

■ **القصة المرضية والدوائية السابقة:**

يسيء المرض المرافق مثل الداء السكري لشذوذات تراكيز السكر المصلية. يجب أخذ القصة الدوائية بعين الاعتبار وتوجيه أسئلة نوعية حول استخدام الأدوية الممنوعة. يجب أن نسجل كمية الكحول المستهلكة. عند المريض المصروع، قد ينجم الفشل في تحقيق السيطرة على النوبة عن المطاوعة الدوائية الضعيفة.

الفحص EXAMINATION:

■ **درجة الحرارة:**

يقترح وجود الحمى عادة السبب الإنتاني مثل التهاب السحايا أو الخراج المخي. يجب إجراء الفحص أيضاً للبحث عن البؤرة الأولية مثل التهاب الأذن الوسطى أو التهاب الخشاء. يمكن أن تنجم الاختلاجات كإختلاط للحمى وحدها.

■ **الفحص العام:**

يجرى فحص عام للبحث عن وجود أذية بالرأس وأيضاً عن أي أذيات حصلت كنتيجة عن الاختلاج.

■ **الفحص العصبي:**

الهدف الأولي من الفحص العصبي التالي للاختلاج هو تحديد وجود أذيات عصبية باقية. يجب أن يتضمن التقييم العصبي الحالة العقلية والوظيفة القشرية العليا. إذا اكتشفت الشذوذات فإنه يمكن أن يتحدد موقعها عن طريق الفحص السريري للسماح بإجراء استقصاءات موجهة. على أية حال، الشذوذات العصبية التي تظهر حالاً بعد النوبة يمكن أن تتراجع بشكل كامل.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **BM stix.**

تقييم سريع لانخفاض السكر وارتفاعه.

- **تعداد دموي عام:**

ارتفاع الكريات البيض في التهاب السحايا، التهاب الدماغ، الخراج المخي.

- **البولة والشوارد:**

ارتفاع أو انخفاض الصوديوم، ارتفاع البولة والكرياتينين- قصور كلوي.

- **كالسيوم المصل:**

ارتفاع أو انخفاض الكالسيوم.

- **سكر الدم:**

ارتفاع أو انخفاض السكر.

- **غازات الدم الشرياني:**

نقص أكسجة.

- **تصوير طبقي محوري للراس:**

خاصة بوجود أذية عصبية،الأورام المخية- تغيرات في كثافة الدماغ. كسور الجمجمة. نزف داخل القحف - إشارة عالية الكثافة خلال الأسبوعين الأولين. نزف تحت العنكبوت - إشارة عالية (دم) في الفراغ تحت العنكبوت. السكتة - يظهر الاحتشاء طبيعياً في الـ 24 ساعة الأولى.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **المسح السمي.**

استعمال دواء.

- **تخطيط دماغ كهربائي EEG.**

الصرع.

- **البزل القطني.**

التهاب سحايا.

السعال COUGH

السعال هو زفير انفجاري يمنع الاستنشاق ويحرض خروج المفرزات والجزيئات الأجنبية من الرئة.

الأسباب CAUSES:

الحادة:

استنشاق جسم أجنبى.

إنتان الطريق التنفسى.

المزمنة:

المنتج:

الداء الرئوى الانسدادي المزمن (مخاطينى/ قيحى).

التوسع القصبى (قيحى).

الوذمة الرئوية (وردى، رغوي Frothy).

سرطان الرئة (مدمى).

صمة رئوية (مدمى).

السل (مدمى).

غير المنتج:

الربو.

سيلان أنفى خلفى.

الجزر المعدى المريئى.

الأدوية (مثبطات الخميرة القالبة للأنجيوتنسين).

القصة HISTORY:

■ **البداية والمدة:**

يمكن أن تكون بداية السعال حادة أو مزمنة إذا استمرت أكثر من ثلاثة أسابيع. يمكن أن ينتج البدء المفاجئ لنوبة قوية Unrelenting bout، من سعال عنيف عن استنشاق جسم أجنبي. إذا كان الجسم كبيراً كفاية لسد الطريق الهوائي، يتوقف السعال فجأة وتحدث الزرقة وأخيراً فقدان الوعي.

■ **القشع:**

يمكن أن يكون تواتر وكمية ومظهر القشع المبصوق مفيداً جداً في التشخيص التفريقي. يقترح السعال المنتج بشكل مستمر لقشع قيحي وجود التهاب قصبات مزمن أو توسع قصبات. يشكو مرضى السرطان قصبي المنشأ والصمة الرئوية والسل من قشع مدمى.

■ **قصة التدخين:**

يمكن أن يسبب التدخين وحده سعالاً جافاً، على أية حال تهيء قصة تدخين طويلة للسرطان قصبي المنشأ والتهاب القصبات المزمن.

■ **الأعراض المرافقة:**

يعد الوزيز النوبي (أو حتى الفصلي)، مع قصر النفس شائعاً في الربو. يجب تفريقه عن الوزيز وحيد الصوت monophonic الذي يقترح وجود انسداد داخل لمعي ناتج عن أجسام أجنبية أو ورم. تميل معظم الأسباب التنفسية للسعال إلى الترافق بقصر النفس، لكن البدء المفاجئ للزلة التنفسية يمكن أن ينتج عن الاستنشاق أو الصمة الرئوية.

يقترح قصر النفس الذي يسوء بالاضطجاع وجود الوذمة الرئوية، على أية حال، يمكن أن يسوء الربو أيضاً في الليل. يمكن أن يكون نقصان الوزن مظهراً مسيطراً في أورام الرئة والسل. يمكن أن يحدث ألم صدري جنبي في الصمة الرئوية وذات الرئة، الألم الصدري غير الهاجع يقترح أكثر وجود نقائل عظمية من سرطان رئوي.

يقترح الألم الصدري الحارق خلف القص الذي يسوء حسب الوضعية وجود الجزر المعدي المريئي. وينتج السعال المرافق عن استنشاق المواد القالسة. إن التنظيف المتكرر للحلق بسبب السيلان الأنفي، أو وجود قصة تحسس مع التهاب أنف، يمكن أن يؤدي إلى السيلان الأنفي الخلفي، ويفاقم السعال.

الفحص EXAMINATION:

■ **الحرارة:**

يشير وجود الحمى عادة للسبب الإنتاني، يمكن أن ترتفع الحرارة أيضاً في الصمة الرئوية.

■ **التأمل والجس:**

يمكن أن يأخذ الصدر شكل البرميل في الداء الرئوي الانسدادي المزمن وقد يبدو مرضى سرطان الرئة أو السل مدنفين، وتعد الزرقة مظهراً للصمة الرئوية والداء الرئوي الانسدادي المزمن. يجب تأمل الأصابع بحثاً عن التبقرط (انظر صفحة 86)، الذي يترافق مع السرطان القصبي والتوسع القصبي. يرتفع الضغط الوريدي الوداجي في قصور القلب الاحتقاني. يمكن جس العقد فوق الترقوة في إنتانات السبيل التنفسي والسل وسرطان الرئة.

■ **الإصغاء:**

أثناء الإصغاء، تعد الخراخر الخشنة مظهراً للتوسع القصبي والوذمة الرئوية. تعد المظاهر الإصغائية للسرطان القصبي غير نوعية ويمكن أن تتظاهر كإنصباب جنبي (أصمية على القرع، غياب الأصوات التنفسية، تناقص الاهتزازات الصوتية)، أو انخماص شدفي في الرئة. يقترح الوزيز المنتشر وجود الربو، ويمكن أن يُسمع الوزيز الشهيقي الثابت في انسداد لمعة القصبات.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **زرع القشع:**

إذا وجد سعال منتج يجب إرسال القشع للزرع. وهذا يتضمن زرع خاص للعصية السلية مع تلوين تسيل نيلسون.

- **الجريان الذروي:**

يعد تحديد معدل الجريان الذروي الزفيري في السرير مفيداً في تشخيص الربو (الجريان الذروي منخفض).

- **الكريات البيض:**

يشير ارتفاع الكريات البيض بشكل غير نوعي للإنتان، والتي يمكن أن ترتفع أيضاً في الصمة الرئوية.

- **صورة الصدر البسيطة:**

مفيدة جداً ويمكن أن تبدي مناطق من التكثف في الإنتان. تقترح القصبات المتوسعة مع مناطق إنتان دائم وجود توسع القصبات. يعد التكثف القمي مع تكلسات واعتلال

لمفاوي غدي سرِّي وصفياً للسل. يتظاهر وجود الوذمة الرئوية بظل بقعي ثنائي الجانب، وهذا يمكن أن يترافق بمظاهر شعاعية أخرى للقصور القلبي المتضمنة ضخامة قلبية، تحويل الأوردة الرئوية في الفص العلوي، انصبابات جنبية ثنائية الجانب وخطوط كيرلي B (خطوط أفقية بطول 1-2 سم في محيط الساحة الرئوية). يمكن أن يتظاهر السرطان القصبي بكتلة سرِّية أو كتلة محيطية أو انخماص أو تكثف الرئة الناتج عن انسداد الطريق الهوائي.

- **اختبارات الوظيفة التنفسية:**

يمكن أن تستخدم اختبارات الوظيفة التنفسية المنهجية لتشخيص انسداد الطريق الهوائي (الربو، التهاب القصبات المزمن و توسع القصبات). ويمكن أن تبدي عرى حجم الجريان انسداد طريق هوائي ثابت.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تصوير التهوية / التروية V/Q Scan:**

مستطب عندما نشك في تشخيص الصمة الرئوية.

- **تصوير الأوعية الرئوية:**

يمكن أن يستطب في المرضى المعتلين بشدة مع شك بوجود صمة رئوية، وذلك عند اعتبار العلاج الجراحي أو حل الخثرة.

- **تصوير طبقي محوري للصدر:**

مفيد في تشخيص وتصنيف سرطان الرئة. نوعي أيضاً في تشخيص توسع القصبات.

- **دراسات الباهاء:**

يمكن أن يطلب مراقبة الباهاء لمدة 24 ساعة، عندما لا يتم تشخيص الجزر المعدي المريئي اعتماداً على القصة وحدها.

الزرقـــة CYANOSIS

الزرقة هي تلون شاذ للجلد والأغشية المخاطية بلون أزرق ناتج عن وجود 5 غ / دل أو أكثر من الهيموغلوبين المُرجع في الدم. الزرقة ليست مرادفة لنقص الأكسجة الدموية، والتي يمكن أن توجد (مثل فقر الدم) دون زرقة.

الأسباب CAUSES:

الزرقة المركزية:

نقص إشباع الأوكسجين:

داء تنفسي شديد.

وذمة رئوية.

صمة رئوية.

داء قلبي ولادي مزرق.

هيموغلوبين غير طبيعي:

ارتفاع ميتهيموغلوبين الدم.

ارتفاع خضاب الدم الكبريتي.

الزرقة المحيطية:

كل أسباب الزرقة المركزية.

التعرض للبرد.

زرقة النهايات.

ظاهرة رينو.

انسداد شرياني.

انسداد وريدي.

القصة HISTORY:

- **الزرقة المركزية.**

البداية:

قد تتظاهر الزرقة الناتجة عن داء قلبي ولادي يسبب تحويلات تشريحية من اليمين إلى اليسار منذ الولادة أو الأعوام القليلة الأولى من الحياة. يمكن أن تنجم البداية

الفورية عن صمة رئوية أو قصور قلب. يمكن أن تحدث البداية الحادة للزرقة في ذات الرئة والربو. تتطور الزرقة عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن COPD خلال عدة سنين. يمكن أن تزيد كثرة الحمر المرافقة الزرقة عند هؤلاء المرضى.

الألم الصدري:

يمكن أن تنجم الزرقة المرافقة لآلام الصدر الجنبية عن صمة رئوية أو ذات رئة. يعاني المرضى المصابين بزرقة ناتجة عن الوذمة الرئوية كاختلاط لاحتشاء العضلة القلبية من ضيق صدر موجع كليل.

الزلة التنفسية:

يمكن أن تحدث البداية المفاجئة للزلة التنفسية في الصمة الرئوية والوذمة الرئوية، بينما ينجم عن الحالات الأخرى مثل الربو بداية أكثر تدرجاً.

القصة الطبية السابقة والسوابق الدوائية:

نبحث عن وجود أي داء تنفسي هام مرافق، حيث يمكن أن تنتج الزرقة عن أي داء رئوي ذي شدة مهمة. يمكن أن يحدث استهلاك الأدوية مثل الفيناستين والسولفاناميدات، فرط ميتهيموغلوبين الدم، وفرط خضاب الدم الكبريتي على التوالي.

- **الزرقة المحيطية:**

القصة العامة:

زرقة النهايات هي حالة تبقى فيها اليدان زرقاوين وباردتين بشكل مستمر، دون أن تترافق بألم. ظاهرة رينو هي حدوث تغيرات نوبية ثلاثية اللون، في التشنج الشرياني (أبيض)، الزرقة (أزرق)، ارتكاس تبيغي (أحمر). يمكن أن تكون الظاهرة مجهولة السبب، أو مرافقة لأمراض النسيج الضام والرض والأدوية مثل حاصرات بيتا. يمكن أن تنتج الزرقة المحيطية أيضا عن الانسداد الشرياني الحاد وتترافق مع الألم وتبرقش الجلد. يمكن أن يسبب الخثار الوريدي العميق في الوريد الحرقفي الفخذي ساقاً زرقاء مؤلمة، تسمى اصطلاحاً التهاب الوريد الأزرق المؤلم Phlegmasia cerulea dolens.

الفحص EXAMINATION :

■ **الحرارة:**

يمكن أن تترافق الصمات الرئوية وذات الرئة مع الحمى.

■ **التأمل:**

تسبب الزرقة المركزية تلوناً للأغشية المخاطية والأصابع باللون الأزرق، تسبب الزرقة المحيطية تلون الأصابع فقط باللون الأزرق. يمكن أن تنتج الزرقة المحيطية النوبية عن داء رينو. ويمكن أن تترافق مع مناطق احتشاء صغيرة على نهايات الأصابع. يمكن أن ينتج وجود التبقرط عن الداء القلبي الولادي المزرق. بشكل مدرسي، يبدو مرضى التهاب القصبات المزمن مزرقِّين وبدينين، مع صدر برميلي ضعيف التمدد. يرتفع الضغط الوريدي الوداجي في قصور القلب الاحتقاني.

■ **الفحص التنفسي:**

يحدث التمدد الصدري الضعيف في التهاب القصبات المزمن والربو. يمكن أن يحدث ضعف تمدد أحادي الجانب، في ذات الرئة الفصية؛ بالإضافة إلى أصمية على القرع فوق مناطق التكثف. يمكن أن يتم إصغاء خراخر موضعة في ذات الرئة الفصية، لكنها أكثر انتشاراً في ذات القصبات والرئة، والوذمة الرئوية، والتهاب القصبات المزمن. يكون دخول الهواء ضعيفاً في التهاب القصبات المزمن والربو. يمكن أن يسمع التنفس القصبي فوق مناطق التكثف، ويمكن سماع أصواتٍ إضافية مثل الوزيز في الربو.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATION :

- **إشباع الأوكسجين:**

يكون إشباع الأوكسجين عادة أقل من 85 ٪ في الزرقة.

- **غازات الدم الشرياني:**

ينخفض الضغط الجزئي للأوكسجين في كل أمراض الرئة الشديدة.

- **التعداد الدموي العام:**

يرتفع الخضاب في الزرقة المزمنة. ترتفع الكريات البيض في ذات الرئة والصمة الرئوية.

- **تخطيط القلب الكهربائي:**

مظاهر احتشاء العضلة القلبية (انظر صفحة 81). شذوذات ST غير النوعية في الصمة الرئوية.

- **صورة الصدر البسيطة:**

ذات رئة، احتشاء رئوي، قصور قلب (انظر صفحة 81).

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **زرع الدم والقشع:**

ذات الرئة.

- **تصوير تهوية / تروية، أو تصوير الشريان الرئوي.**

الصمة الرئوية.

- **تصوير القلب بالإيكو:**

الوذمة الرئوية.

- **التصوير المطيافي للخضاب Hb Spectroscopy.**

فرط ميتهيموغلوبين الدم، فرط هيموغلوبين الدم الكبريتي.

- **التصوير الوعائي بالحذف الرقمي Digital Subtraction Angiography:**

الانسداد الشرياني الحاد.

- **الدوبلر المزدوج أو تصوير الأوردة:**

الانسداد الوريدي الحاد.

الصمم DEAFNESS*

الصمم هو فقدان السمع، ويمكن أن يقسم بشكل ملائم إلى توصيلي وحسي عصبي لتسهيل تفسير نتائج الفحص السريري.

الأسباب CAUSES:

الصمم التوصيلي:

الولادي: رتق المجرى.

المكتسبة: الانسداد:

- صملاخ الأذن.

الخمج Infection:

- التهاب الأذن الخارجية.
- التهاب الأذن الوسطى.

الرض:

- انثقاب الغشاء الطبلي.
- الرض الضغطي.

تصلب الأذن.

نقص السمع الحسي العصبي:

الولادي: أخماج الحصبة، التوكسوبلاسموز، الفيروس المضخم للخلايا الوالدية.

المكتسبة: المرتبطة بالعمر.

داء مينير.

الخمج:

- النكاف.

* deafness = الصمم: وهو فقدان السمع التام أو نقص السمع الشديد.
hearing loss = نقص السمع: ويقصد به نقص السمع المعتدل.

الرض:
ــ المحرضة بالضجيج.
ــ أذيات الرأس.
الأدوية:
ــ الأمينوغليكوزيدات، الأسبرين، الفروسيمايد.
الورم:
ــ ورم العصب السمعى (الشوانوما الدهليزية).
ــ أورام الدماغ

القصة HISTORY:

■ المدة:

يمكن أن يكون الصمم في سن الطفولة وراثياً، حيث ينتج عن إصابة الوالدة بالحصبة أو يظهر كاختلاط لالتهاب السحايا أو التوكسوبلاسموز، أو الإنتان بالفيروس المضخم للخلايا. يمكن أن تتوافق مدة الأعراض مع تناول الأدوية السامة للأذن.

■ البداية:

يمكن أن تنتج البداية المفاجئة للصمم عن الأجسام الأجنبية في القناة السمعية الظاهرة. يحدث الصمم عادة فقط إذا ثقب الجسم الأجنبي غشاء الطبل أو فصل تسلسل العظيمات. يمكن أن تنتج أيضاً البداية المفاجئة للصمم عن الرض أو الأذية الوعائية أو داء مينير. يحدث التطور التدريجي للصمم في تصلب الأذن وتقدم العمر.

■ الألم:

يمكن أن ينتج الصمم المترافق مع ألم أذني عن التهاب الأذن الخارجية، أو التهاب الأذن الوسطى أو الإنتان بالحلأ النطاقي. يحدث الألم الشديد في الرض المباشر الثاقب لغشاء الطبل والرض الضغطي والذي يمكن أن ينتج عن صفعة على الأذن أو الغطس بمساعدة جهاز الرئة المائية scuba diving*.

---

* scuba= aqualung= الرئة المائية: جهاز تنفس تحت الماء.

■ **العوامل المحرضة:**

تكون قصة الرض عادة واضحة. يمكن أن ينتج الصمم الحسي العصبي كاختلاط للنكاف أو التعرض المديد لمستويات ضجيج عالية.

■ **الأعراض المرافقة:**

يحدث الطنين المتشارك مع نوب الصمم ودوار في داء مينير. عندما يحدث الطنين مع الصمم وحده، فكر في تصلب الأذن والتعرض للضجيج والأدوية السامة للأذن والورم العصبي السمعي.

■ **قصة الأدوية:**

يمكن أن تتحدد الأدوية المتهمة بسهولة من خلال القصة الدوائية.

الفحص EXAMINATION:

■ **فحص الأذن:**

يجب تأمل الأذن، يمكن أن توجد حويصلات الحلأ النطاقي أو يوجد التهاب أذن خارجية بشكل واضح مباشرة. في التهاب الأذن الخارجية، يظهر الجلد محمراً ومتقشراً ونتحياً. يمكن أن نتحرى الإيلام بتحريك الصيوان، وضغط الزنمة Tragus. يجرى بعدها فحص الأذن بالمنظار، يمكن أن يرى الصملاخ الأذني، أو الأجسام الأجنبية السّادة للقناة السمعية الظاهرة. في القناة الأذنية الواضحة، يمكن أن يرى غشاء الطبل، يمكن أن ترى الانثقابات الرضية، كتمزق في الطبلة مصحوباً بالدم.

يمكن أن ينتج عن التهاب الأذن الوسطى انثقاب حقيقي، أو احمرار، أو احتقان غشاء الطبل.

■ **تقييم السمع:**

يمكن إجراء فحوصات كرود Crude للسمع عن طريق الكلام العادي (المحادثة)، أو الكلام المهموس، أو قياس المسافة عن الأذن التي على بعدها يمكن سماع تكات الساعة.

يجرى اختبار رينيه باستعمال رنانة ذات تواتر 512 هرتز، يقارن النقل العظمي أو الخشائي (BC) مع النقل الهوائي (AC). النقل الهوائي أفضل من النقل العظمي بشكل

طبيعي. يجرى اختبار ويبر، بإمساك قاعدة الرنانة المطروقة ووضعها في مركز الجبهة. بشكل طبيعي تسمع الأصوات بشكل متساوي في كلا الأذنين.

الصمم:	*اختبار رينيه:*	*اختبار ويبر:*
الحسي العصبي:	BC<AC	يسمع في الأذن الأفضل.
التوصيلي:	AC< BC	يسمع في الأذن الصماء.

■ **الفحص العام:**

يجرى فحص عصبي كامل، يمكن أن توجد الرأرأة في داء مينير، بشكل نادر يمكن أن يؤثر الورم العصبي السمعي على العصب الوجهي، مما ينتج عنه شلل وجهي أحادي الجانب، ويمكن أن ينتج عن الأورام الدماغية، أذيات حركية أو حسية. يجب أن يتضمن الفحص أيضاً، فحص الأنف والحلق، حيث يمكن أن يكون الإنتان الأنفي البلعومي عاملاً مسبباً لإنتان الأذن الوسطى.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تخطيط السمع بالنغمات الصافية:**

يسمح بإجراء قياسات دقيقة لمستويات السمع في النقل العظمي والهوائي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تخطيط السمع الكلامي:**

يحدث ضعف تمييز الكلام في المجال 50-80 ٪ بالصمم التوصيلي، وفي المجال 0-50 ٪ بالأسباب الحسية العصبية.

- **تخطيط السمع بالاستجابة الكهربائية:**

تقييم السمع عند الأطفال.

- **مخطط المعاوقة الطبلية:**

تزداد المعاوقة (تنقص المطاوعة) في التهاب الأذن الوسطى مع انصباب.

- **المرنان:**

ورم العصب السمعي، ورم الدماغ.

الإسهال DIARRHOEA

الإسهال هو زيادة في عدد مرات التغوط اللين بشكل شاذ عند مريض معين. تشخيص الإسهال يجب أن يرتبط مع عادات تغوط المريض الطبيعية. يغلب أن ينتج الإسهال عند البالغين عن الإنتان.

الأسباب CAUSES:

المعوية:

التهاب الأمعاء الإنتاني.

غير نوعية:

الجرثومية:

الكامبيلوباكتير.

السالمونيلا.

الايشيرشياكولي.

الشيغلا.

ضمات الكوليرا.

المطثيات الصعبة.

اليرسينيا المعوية الكولونية.

الفيروسية:

الفطرية:

المستخفيات البوغية.

الأوالي:

الجياردیا لامبيلا.

المتحول الحال للنسج.

الالتهابية: التهاب الكولون القرحي.

داء كرون.

سوء الامتصاص: الداء الزلاقي.

متلازمة العروة العمياء.
متلازمة الأمعاء القصيرة.
التشعيع.

الورمية: السرطان.
الغدوم الزغابى.

أسباب معوية أخرى: داء الرتوج.
متلازمة الأمعاء الهيوجة.
الاحتشار البرازي – إسهال كاذب.
ناسور دقاقى كولونى.
التهاب كولوني إقفاري.

معدي: ما بعد قطع المبهم.

المعثكلي: التهاب البانكرياس المزمن.
الداء الليفى الكيسى.
السرطان.
استئصال بانكرياس.

غدي صماوي: الانسمام الدرقى.
متلازمة الكارسينوئيد .
متلازمة زولينجر – اليسون.
فيبوما (نادر).
السرطان الدرقى اللبى.

المحرض بالأدوية: الصادات.
الملينات.
مضادات الحموضة الحاوية على المغنيزيوم.
العوامل السامة للخلايا.

أخرى: القلق.
الغذاء.

القصة HISTORY:

■ **التهاب الأمعاء الإنتاني:**

يوجد عادة ألم بطني قولنجي وإسهال. يمكن أن يكون الإسهال مدمى. تتظاهر الكوليرا بألم بطني ماغص، وإقياء، وإسهال شديد. يوصف كبراز (ماء الأرز). يمكن أن يوجد حمى وتجفاف سريع ووهط وموت. في التهاب الأمعاء الإنتاني اسأل عن تناول أي طعام غير عادي أو فيما إذا أصيب أي شخص آخر في العائلة. اسأل عن قصة سفر للخارج.

■ **الداء المعوي الالتهابي:**

يتظاهر كل من التهاب الكولون القرحي وداء كرون بإسهال متواتر مع دم. وأحياناً مخاط وقيح، مترافق مع ألم بطني قولنجي. يمكن أن يكون المريض بحالة انسمام ومحموماً، مع الألم والانتفاخ البطني إذا تم حدوث توسع الكولون السمي.

■ **سوء الامتصاص:**

يمكن أن يوجد بالإضافة إلى الإسهال براز كريه الرائحة offensive، الذي يكون دَسِماً وطافياً، أي إسهال دهني. هل أجرى المريض أي جراحة سابقة مثل قطع الأمعاء، حتى نقترح وجود متلازمة الأمعاء القصيرة، أو أي مجازة جراحية حتى نقترح متلازمة العروة العمياء؟ هل هناك أي قصة علاج شعاعي للبطن؟.

■ **ورمي:**

يمكن أن يسبب السرطان إسهالاً مترافقاً مع ألم بطني قولنجي وإخراج دم ومخاط عبر المستقيم. يمكن أن يكون الإسهال كاذباً، براز سائل يمر فقط خلال منطقة الانسداد، مع كتل برازية خلف الانسداد. قد يحدث مرور المخاط اللين المائي بشكل متواتر، ويمكن أن يترافق مع الغدوم الزغابي، يعاني المريض من الضعف المترافق مع نقص البوتاسيوم الناتج عن مرور مخاط زائد غني بالبوتاسيوم.

■ **أسباب معوية أخرى:**

يمكن أن يسبب داء الرتوج إسهالاً. تحدث هذه الحالة عادة في المرضى المسنين. سوف يعاني المريض أيضاً من ألم بطني قولنجي مرافق وألم عادة في الحفرة الحرقفية

اليسرى. يمكن أن تسبب متلازمة الأمعاء الهيوجة أعراضاً مشابهة لداء الرتوج لكنها تحدث في المرضى الشباب. يمكن أن يسبب الانحشار البرازي إسهالاً كاذباً، بينما يترافق أيضاً الناسور الدقاقي الكولوني المشارك لداء الرتوج أو لسرطان مستقيمي سيني بالإسهال. يتظاهر التهاب الكولون الإقفاري عادة عند المرضى المسنين بألم بطني قولنجي وإسهال وطرح دم أحمر مسود عبر الشرج.

■ **المعدي:**

اسأل عن قصة جراحة معدية. يمكن أن ينتج الإسهال عن تخريب البواب أو قطع العصب المبهم، الذي يترافق غالباً بالإغراق.

■ **الآفات البانكرياسية:**

يمكن أن ينتج عن الآفات البانكرياسية إسهال أو إسهال دهني. اسأل عن قصة داء ليفي كيسي. يمكن أن يكون لدى المريض التهاب بانكرياس مزمن، في هذه الحالة يمكن أن يوجد ألم ظهري مزمن مترافق مع ألم شرسوفي وفقدان وزن. اسأل عن قصة جراحة بانكرياسية. يمكن أن يتظاهر مرضى سرطان البانكرياس أيضاً بإسهال.

■ **الاضطرابات الغدية:**

اسأل عن قصة مرض درقي. يمكن أن يفضل المريض الطقس البارد ويعاني من التعرق والقلق والرجفان ولديه علامات عينية واضحة. يمكن أيضاً ملاحظة السلعة. يمكن أن تتظاهر متلازمة الكارسينوئيد بالتوهج (خاصة بعد الكحول والقهوة وأطعمة محددة)، والربو وأصوات معوية مرتفعة أي القرقعة المعوية. يمكن أن يكون لدى مرضى متلازمة زولنجر – اليسون قصة سابقة لتقرح هضمي ناكس مع إقياء دموي أو تغوط زفتي بالإضافة إلى الإسهال. تعد الفيبوما نادرة لكنها تتظاهر بإسهال مائي شديد يترافق مع فقدان بوتاسيوم مع ضعف ناتج عن نقص بوتاسيوم الدم. تحرَّ إن كان لدى المريض سلعة، حيث يمكن أن يرافق الإسهال السرطان اللبي الدرقي. أعراض وعلامات فرط نشاط جارات الدرق والفيوكروموسيتوما يمكن أن توجد أيضاً (متلازمة الأورام الغدية الصماوية العديدة MEN).

■ **الأدوية:**

خذ قصة دوائية دقيقة خاصة عن الصادات المتناولة حديثاً، أو سوء استعمال الملينات أو تناول مضادات الحموضة الحاوية على المغنيزيوم أو العوامل السامة للخلايا مؤخراً.

■ **أسباب أخرى:**

يمكن أن يقود القلق والتغيرات الغذائية إلى الإسهال. يجب أخذ قصة دقيقة. حيث نبحث بشكل خاص عن أية تغيرات حديثة في التغذية.

الفحص EXAMINATION:

■ **التهاب الأمعاء الإنتاني:**

يمكن أن يكون لدى المريض تجفاف أو وهط. تحرَّ تسرع القلب وانخفاض الضغط. يمكن أن يوجد إيلام بطني وانتفاخ. يمكن أن يبدي المس الشرجي دماً وقيحاً على قفاز الفاحص.

■ **الداء المعوي الالتهابي:**

هناك القليل من العلامات الموجودة ما عدا الإيلام الموضع الخفيف. في التوسع السمي يمكن أن توجد الحمى والدعث والانتفاخ البطني والإقياء والإيلام الموضع. يمكن أن يحدث الانثقاب في التهاب الصفاق. يمكن جس كتلة بطنية في داء كرون.

■ **ورمي:**

يمكن أن يوجد انتفاخ بطني إذا حدث انسداد. يمكن أن توجد كتلة بطنية مجسوسة. يمكن أن يبدي المس الشرجي سرطاناً أو غدوماً زغابياً.

أسباب معوية أخرى:

هناك القليل من العلامات الموجودة في داء الرتوج فيما عدا الإيلام في الحفرة الحرقفية اليسرى. الموجودات مشابهة في متلازمة الأمعاء الهيوجة. في الانحشار البرازي، يمكن أن نجس في البطن أو نشعر بالمس الشرجي بكتل برازية ذات قساوة

حجرية. هناك القليل من العلامات الموجودة في الناسور الدقاقي الكولوني. في التهاب الكولون الإقفاري يمكن أن يوجد إيلام ودفاع في الجانب الأيسر من البطن. يبدي المس الشرجي دماً أحمراً مسوداً.

■ **معدي:**

يمكن أن لا يوجد بالفحص أكثر من ندبة أو قصة جولة معدية.

■ **بانكرياسية:**

يمكن أن يوجد إيلام شرسوفي أو كتلة محسوسة في الشرسوف في السرطان البانكرياسي.

■ **الغدية الصماوية:**

يمكن أن يوجد في الانسمام الدرقي تسرع القلب والتعرق والمنعكسات النشطة والعلامات العينية وسلعة. يمكن أن يوجد في متلازمة الكارسينوئيد ضخامة كبدية وعلامات قصور الصمام مثلث الشرف وتضيق الرئوي. هنالك القليل من العلامات التي يمكن إيجادها بالفحص في متلازمة زولينجر – إليسون. في الفيبوما لا يمكن إيجاد علامات أخرى بالفحص أكثر من الضعف الناتج عن نقص بوتاسيوم الدم. يمكن جس سلعة في السرطان الدرقي اللبي.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التعداد العام، سرعة التثفل:**

ينخفض الخضاب في النزف. ترتفع PVC في التجفاف. ترتفع الكريات البيض في الإنتان. ترتفع سرعة التثفل في الالتهابات والأورام.

- **البولة والشوارد:**

ترتفع البولة في التجفاف. ينخفض البوتاسيوم في الإسهال الشديد والغدوم الزغابي.

- **اختبارات وظائف الكبد:**

ترتفع الفوسفاتاز القلوية في النقائل الكبدية.

- **زرع البراز والدراسة المجهرية:**

الأسباب الإنتانية. الفحص المجهري بحثاً عن الطفيليات.

- **تنظير السين:**

السرطان، الداء المعوي الالتهابي، الغدوم الزغابي، التهاب الكولون الغشائي الكاذب.

- **رحضة الباريوم:**

الأورام، التهاب الكولون، داء الرتوج.

- **تنظير الكولون:**

الأورام، التهاب الكولون (الامتداد والشدة)، داء الرتوج.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **اختبارات وظائف الدرق TFTs:**

ارتفاع T_4 وانخفاض TSH في الانسمام الدرقي.

- **بول الـ24 ساعة:**

يرتفع 5 – هيدروكسي اندول حمض الخل في الكارسينوئيد.

- **الإيكو:**

الكارسينوئيد، النقائل الكبدية.

- **غاسترين المصل:**

متلازمة زولينجر – اليسون.

- **كالسيتونين المصل:**

السرطان اللبي في الدرق.

- **الببتيد المعوي المنشط للأوعية في المصل:**

يرتفع في الفيبوما.

- **دسم البراز:**

سوء الامتصاص.

الخزعة العفجية/ الصائمية.

سوء الامتصاص– الداء الزلاقي.

- **رحضة الأمعاء الدقيقة:**

داء كرون.

الدوام DIZZINESS

يمكن أن يعبر المريض عن عدم التوجه الفراغي بالدوام أو الدوار أو الشعور بخفة الرأس. ليس الدوار الحقيقي هو إحساس بالحركة وإنما هو شعور بتمايل ودوران المحيط.

الأسباب CAUSES:

النوبية:

داء مينير.

دوار الوضعة الاشتدادي السليم.

النشبات الدماغية العابرة المعاودة في الدوران الخلفي.

اللانظمية.

هبوط الضغط الوضعي.

الشقيقة.

القلق.

فرط التهوية.

المستمرة:

البداية الحادة:

التهاب التيه*.

أذيات الرأس*.

التهاب العصب الدهليزي.

الحادث الوعائي الدماغي في الدوران الخلفي.

البداية التدريجية:

أورام الزاوية الجسرية المخيخية*.

الانسمام الأذني- الامينوغليكوزيدات*.

التصلب العديد.

* تشير إلى أسباب مترافقة بأعراض سمعية.

القصة HISTORY:

■ العامة:

صنفت الأسباب المذكورة أعلاه وفقاً لسرعة بداية الأعراض ومدتها. أشير بنجمة للحالات التي تترافق مع أعراض سمعية إضافية مثل الطنين.

■ العوامل المحرضة:

تتضمن أسباب الدوام التي تتحرض بحركات الرأس دوار الوضعة السليم الاشتدادي، والتهاب التيه وأذيات الرأس. يعاني مرضى دوار الوضعة الاشتدادي السليم من نوبات قصيرة من الدوام مرافقة لتغيرات وضعية الرأس. يمكن أن ينجم التهاب التيه إما عن اختلاط لإنتان فيروسي جهازي أو عن امتداد ورم كولستريني ناتج عن التهاب أذن وسطى قيحي مزمن. تكون قصة الرض عادة واضحة. يمكن أن ينتج دوار الوضعة المتحرض بالقيام من وضعية الاستلقاء عن هبوط الضغط الانتصابي.

■ الأعراض المرافقة:

يمكن أن يحدث الدوام بسبب اللانظمية حيث يمكن أن يعاني المريض من الخفقان المرافق. كما يمكن أن يحدث الدوام بسبب هجمات الشقيقة حيث يمكن أن يعاني المريض من صداع نبضاني أحادي الجانب مرافق وغثيان وإقياء ورهاب الضوء. يشخص داء مينير بوجود قصة دوار نوبي شديد مع طنين مستمر ونقص سمع. يمكن أن يعاني مرضى القصور الفقري القاعدي الناتج عن القسط الفقاري الرقبي من الدوام عند بسط الرقبة. في النشبة الدماغية العابرة في الدوران الخلفي، يحدث دوام فجائي البداية بسبب نقص التروية الحادث في وحشي جذع الدماغ أو المخيخ. وهذا يمكن أن يترافق بغشي وغثيان وإقياء وعيوب الساحة البصرية والشفع. يمكن أن ينتج الإقياء المترقي الشديد والهزع أيضاً عن النزف داخل المخيخ، وهذه حالة جراحية عصبية إسعافية. يمكن أن يعاني مرضى اضطرابات القلق من هجمات دوام وطنين ورجفان مع أو دون فرط تهوية مرافق. بشكل مؤكد يكفي فرط التهوية وحده لإحداث دوام. يعد الدوار تظاهرة بارزة في التصلب العديد حيث يحدث نزع لنخاعين جذع الدماغ وهذا يمكن أن يترافق مع الرتة وشلل الأعصاب القحفية. العمر الصغير يرجّح تشخيص

الأمراض المزيلة للنخاعين على نقص التروية. تميل أورام الزاوية الجسرية المخيخية لأن تتظاهر بشكل تدريجي، يمكن أن يكون الدوام خفيفاً ومترافقاً مع خدر وشلل في الوجه ناتج عن إصابة العصب الوجهي ومثلث التوائم. عندما لا توجد عوامل محرضة لالتهاب العصب الدهليزي، لا يترافق الدوام مع غثيان أو طنين.

■ **القصة الدوائية:**

تملك أدوية كثيرة آثاراً سامة للأذن، ربما الدواء المعروف الأكثر شيوعاً هو الأمينوغليكوزيد والفروسمايد.

الفحص EXAMINATION:

إن تقييم الرأرأة والسمع واختبار الوضعة يعطينا الكمية الأكبر من المعلومات لتحديد سبب الدوام. تنتج الرأرأة عديدة الاتجاهات عن الأمراض المخيخية المنتشرة، بينما تحدث الرأرأة وحيدة الاتجاه إما بسبب داء مخيخي موافق (تصلب عديد، نشبة دماغية عابرة / حادث وعائي مخي في الدوران الخلفي) أو داء دهليزي في الجانب المقابل (داء مينير، التهاب التيه، ورم العصب السمعي).

في الحملقة الجانبية، تنتج الرأرأة في العين البعيدة مع فشل التقريب في العين المعاكسة عن الشلل العيني بين النوى، والذي يحدث بشكل مدرسي بسبب نزع نخاعين جذع الدماغ. يقيم السمع باختبارات رينيه وويبر (انظر صفحة 124). يمكن أن يحدث فقدان السمع الحسي العصبي بسبب داء مينير وورم العصب السمعي والسمية الأذنية المحرضة بالأدوية. يمكن أن ينتج فقدان السمع المترافق مع شلل العصب الوجهي ومثلث التوائم عن الورم الذي يؤثر على الزاوية الجسرية المخيخية. تجرى اختبارات وضعة نوعية مثل اختبار هالبيك Hallpike Test، لتقييم سلامة الطرق الدهليزية- العينية والتيهية. يعاني مرضى دوار الوضعة الاشتدادي السليم عادة من دوار وتحصل رأرأة متأخرة تضعف مع إعادة الاختبار. يجرى عندها فحص عصبي كامل. يمكن أن يحدث عمى نصفي موافق بسبب احتشاءات بالدوران الخلفي وآفات جذع الدماغ مثل المزيلة للنخاعين ويمكن أن تُحدث السكتة تشاركات بين شلول الأعصاب القحفية الموافقة والأذيات الحسية أو الحركية في الوجه. بالإضافة إلى أن الأقراص البصرية الشاحبة الناتجة عن الضمور البصري يمكن أن ترى في التصلب العديد. سوف يبدي مرضى

الداء المخيخي، رجفاناً قصدياً عند إجراء اختبار إصبع - أنف. بالإضافة إلى مشية رنحية على قاعدة واسعة، يمكن أن يبدي هؤلاء المرضى الرأرأة وخللاً في تناوب الحركات Dysdiadochokinesia والرتة، عندما نشك بسبب قلبي وعائي، نقيم النبض بحثاً عن شذوذات النظم، التي تقترح وجود الرجفان الأذيني. يقاس الضغط الدموي في كل من وضعية الاستلقاء والوقوف لاستقصاء هبوط الضغط الوضعي، وتُصغى الأماكن المحتملة للصمات مثل الصمامات القلبية والأوعية السباتية بحثاً عن النفخات Mumurs واللغط Bruits على التوالي.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

معظم أسباب الدوام يمكن تشخيصها عن طريق القصة والفحص السريري.

- **التعداد الدموي العام:**

يهيئ الخضاب المرتفع للحادث الوعائي الدماغي، ترتفع الكريات البيض في الإنتان.

- **سرعة التثفل:**

ترتفع في الحادث الوعائي الدماغي والخباثة والإنتان.

الاستقصاءات النوعية SPECIFC INVESTIGATIONS:

- **تخطيط القلب الكهربائي لمدة 24 ساعة.**

اللانظميات.

- **قياس السمع:**

يسمح بتقييم وتصنيف نقص السمع.

- **دوبلر السباتي:**

لتقييم كفاءة الأوعية واستقصاء وجود اللويحة.

- **تصوير طبقي محوري للراس:**

السكتة، النزف المخيخي، تقييم أذيات الرأس الشديدة.

- **المرنان:**

الورم العصبي السمعي، وأورام الزاوية الجسرية المخيخية الأخرى، نزع النخاعين في التصلب العديد.

DYSPHAGIA عسرة البلع

عسرة البلع تعني صعوبة البلع. يمكن أن تترافق أو لا تترافق مع ألم البلع. يمكن أن تترافق عسرة البلع مع ابتلاع الجوامد أو السوائل أو كليهما. يجب تمييز عسرة البلع عن ألم البلع لوحده (ألم البلع Odynophagia) الذي لا يتدخل بعملية البلع.

الأسباب CAUSES:

الولادية:

الرتق المريئى.

المكتسبة:

في اللمعة:

لقمة طعامية.

جسم أجنبى.

في الجدار:

تضيقات التهابية:

- الجزر المعدي المريئى.
- تضيق بالكاويات.
- داء المبيضات.

اللاارتخائية.

السرطان.

متلازمة بلومر - فنسون.

التشعيع.

صلابة الجلد.

داء شاغاس (نادر).

خارج الجدار:

الجيب البلعومى.

الأورام المنصفية:

- السرطان القصبى.
- اعتلال العقد اللمفاوية.

ضخامة الأذنية اليسرى (تضيق تاجى).

أم دم أبهرية.

الفتق الفرجوي حول المريئى (الدحرجى).

عسرة بلع لوزوريا (نادر).

الاضطرابات العضلية العصبية:

الشلل البصلى.

متلازمة غيلان باريه.

الحادث الوعائى الدماغى.

داء العصبون المحرك.

الوهن العضلى الوخيم.

القصة HISTORY:

■ الولادية:

الرتق المريئي:

يمكن أن يترافق هذا مع الاستسقاء الأمنيوسي الوالدي. سوف يظهر الولدان المصابون سيلان اللعاب، وعدم القدرة على ابتلاع الأغذية، وإنتاج مخاط رغوي، وهجمات اختناق، وهجمات زرقة وإنتانات صدرية.

■ المكتسبة:

في اللمعة:

يمكن أن توجد قصة ابتلاع جسم أجنبي. يكون ذلك الجسم عملة نقدية غالباً عند الأطفال. يمكن أن يكون عند المرضى المسنين أسناناً بديلة. أحياناً تكون القصة غير مساعدة. في حالة اللقمة الطعامية من غير العادي أن تسبب عسرة بلع دون وجود شكل ما من تضيق مستبطن.

في الجدار:

يوجد قصة ابتلاع كاويات عادة في تضيق الكاويات، ما عدا المضطربين نفسياً، حيث يمكن أن تغيب عندهم القصة. يوجد عادة بداية مفاجئة للألم وعسرة البلع، التي يمكن أن تتحسن بالعلاج المناسب ثم تعود بعد عدة شهور بسبب التضيق. يعاني مرضى التضيقات الالتهابية الناتجة عن القلس المعدي المريئي المرافق لفتق فرجوي من قصة ألم

حارق خلف القص وقلس حامضي الذي يسوء على الاستلقاء والانحناء للأسفل. تكون عسرة البلع عادة ذات بداية تدريجية ويمكن أن يحدد المريض موقع عسرة البلع في مستوى النهاية السفلية للقص. يمكن أن يسبب التهاب المري بالمبيضات عسرة بلع ويحدث هذا عادة عند المرضى ناقصي المناعة.

تعد الأكالازيا (اللاارتخائية) اضطراباً يحدث فيه تنكس للضفيرة العضلية المعوية المريئية مما ينتج عنه نقصان التقلصات الحوية في المريء وفشل في ارتخاء المصرة المريئية السفلية استجابة للبلع. تتظاهر عادة بالعمر بين 30 و50 سنة. يمكن أن تكون عسرة البلع مترددة وبعدها تصبح مترقية للأسوأ. يمكن أن تسوء على السوائل أكثر من الجوامد. يمكن أن ينتج عن قلس السوائل في الليل ذات رئة استنشاقية. في السرطان تكون عسرة البلع عادة ذات بداية سريعة. وتكون بشكل بدئي على الجوامد ثم على السوائل. يمكن أن يترافق ذلك مع نقصان وزن وقمه وأعراض فقر الدم. يمكن أن توجد قصة لاارتخائية أو مري باريت. يمكن أن تقترح عسرة البلع المترافقة بتوقف الطعام عند النهاية العلوية للمري عند الإناث متوسطات العمر وجود متلازمة بلومر - فنسون. تنتج هذه العسرة عن وجود وترة في أعلى المري (وترة خلف الحلقي). تعد هذه الحالة ما قبل سرطانية. يمكن أن تقترح قصة معالجة شعاعية للصدر أو المنصف وجود تضيق إشعاعي. في صلابة الجلد، يمكن أن يلاحظ المريض وجود تغيرات في الجلد، حول الشفاه، في الأصابع (تصلب الأصابع). أو لديه قصة سابقة لظاهرة رينو. يعد داء شاغاس نادراً جداً، ويترافق مع تنكس الضفيرة العضلية المعوية المصاحب للخمج بالمثقبيات. تماثل أعراض داء شاغاس أعراض اللاارتخائية.

خارج الجدار:

في الجيب البلعومي، يكون المريض عادة في متوسط العمر أو مسناً. يمكن ملاحظة وجود تورم، عادة في المثلث الخلفي الأيسر للعنق. يمكن أن يعاني المريض أيضاً من عسرة بلع موضعة خلف قبضة القص مترافقة مع جيب ضاغط على المري. عندما ينحني المريض للأسفل يحصل قلس للأطعمة مع سعال. يمكن أن يعاني المريض أيضاً من رائحة نفس كريهة. يمكن أن يوجد في السرطان القصبي ضغط مباشر على المريء من قبل الورم أو عن طريق النقائل للعقد اللمفية المنصفية. يمكن أن توجد قصة

سرطان قصبي أو يراجع المريض بنفث دم. في عسرة البلع الناتجة عن اعتلال العقد اللمفية المنصفية، يمكن أن يلاحظ المريض تورمات كبيرة في مواقع أخرى مثل الإبط أو المغبن. يمكن أن تترافق عسرة البلع الناتجة عن ضغط الأذينة اليسرى المتضخمة مع تضيق تاجي ويمكن أن يوجد قصة سابقة له. يمكن أن تكون عسرة البلع في الفتق ما حول المريئي (الدحرجي) مترددة، ناتجة عن ضغط المعدة الممتلئة على المريء المجاور. يمكن أن يحدث الفواق بسبب تخريش الحجاب الحاجز.

عصبي عضلي:

توجد عادة قصة متلازمة غيلان - باريه، أو التهاب سنجابية النخاع، أو داء العصبون المحركي، أو الوهن العضلي الوخيم أو الحادث الوعائي الدماغي.

الفحص EXAMINATION:

في الرتق المريئي يمرر أنبوب فموي معدي وسوف يتوقف في مكان الانسداد. في العديد من حالات عسرة البلع لا يوجد شيء بالفحص. في الجيب البلعومي يمكن أن يوجد تورم مجسوس أسفل المثلث الرقبي الخلفي (عادة أيسر)، يقرقع بالجس. يمكن أن توجد في السرطان علامات نقص وزن أو كبد مجسوس بسبب النقائل أو اعتلال عقد لمفاوية رقبية بسبب النقائل. في متلازمة بلومر - فنسون اسأل عن الأظافر الملعقية، والتهاب الشفة الزاوي والتهاب اللسان. يمكن أن يوجد في التضيق المحدث بالأشعة تبدلات ثابتة في الجلد ناتجة عن علاج شعاعي سابق. يمكن أن يوجد في صلابة الجلد تكلسات بالنسيج تحت الجلد وظاهرة رينو، والأصابع المتصلبة، وتوسع الشعريات. في عسرة البلع الناتجة عن ضخامة الأذينة اليسرى بسبب تضيق تاجي يمكن أن توجد علامات التضيق التاجي، مثل الزرقة المحيطية وتوهج الوجنتين و رفعة بالجانب الأيسر للقص، وضربة قمة بارزة، وصكة انفتاح، ونفخة منتصف الانبساط أفضل ما تسمع في القمة. تترافق الشذوذات العصبية المنشأ المختلفة بعسرة بلع ذات مصدر عصبي عضلي.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التعداد الدموي الكامل- سرعة التثفل:**

ينخفض الخضاب في السرطان. لكن يمكن أن ينخفض أيضاً في التهاب المري المصحوب بتضيقات هضمية. يمكن أيضاً أن يترافق فقر الدم مع متلازمة بلومر - فنسون. ترتفع سرعة التثفل في الخباثة وصلابة الجلد.

- **البولة والشوارد:**

التجفاف.

- **اختبارات وظائف الكبد:**

ترتفع الفوسفاتاز القلوية في النقائل الكبدية.

- **صورة الصدر البسيطة:**

تظهر الجسم الأجنبي إذا كان ظليلاً على الأشعة. يظهر مستوى سائل - هواء في اللاارتخائية. تظهر فقاعة المعدة الهوائية في الصدر في الفتق حول المريئي. اعتلال عقد لمفاوية سرية. سرطان قصبي. منصف عريض بسبب أم دم أبهرية. ضخامة أذينة يسرى (ظل مضاعف خلف القلب) في التضيق التاجي.

- **تخطيط القلب الكهربائي:**

ضخامة أذينة يسرى.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **بلعة باريوم:**

الجيب البلعومي (لا تستخدم التنظير الهضمي العلوي لأنه يمكن أن يثقب الجيب).

التضيق، اللاارتخائية، الانضغاط الخارجي.

- **التنظير الهضمي العلوي:**

الجسم الأجنبي. لقمة طعامية. داء المبيضات. نميز التضيق الخبيث عن السليم. متلازمة بلومر - فنسون- وترة خلف الحلقي. الخزعة - تميز الآفة السليمة عن الخبيثة، غياب الضفيرة العضلية المعوية في اللاارتخائية.

- **الطبقي المحوري:**

العقد المنصفية. انتشار الخباثة. تصنيف الورم. أم الدم الأبهرية. عسرة بلع لوزوريا (توضع شاذ للشرايين يسبب انضغاطاً خارجياً).

الزلة التنفسية DYSPNOEA

الزلة التنفسية هي إحساس غير مريح بالتنفس.

الأسباب CAUSES :

مفاجئة (ثوانٍ- دقائق):

ريح صدرية.

وذمة رئوية.

صمة رئوية.

استنشاق.

تأق.

قلق.

رض صدري.

حادة (ساعات- ايام):

الربو.

إنتان في السبيل التنفسي.

أورام الرئة.

انصباب جنبي.

حماض استقلابي.

مزمنة (شهور- سنوات):

تحدد جريان الهواء المزمن (الداء الرئوي الانسدادي المزمن).

قصور القلب.

التهاب الأسناخ التليفي.

فقر الدم.

اللانظمية.

الداء القلبي الصمامي.

تشوهات جدار الصدر.

الاضطرابات العصبية العضلية.

الداء الليفي الكيسي.

فرط التوتر الرئوي.

القصة HISTORY:

العديد من الأمراض التنفسية أو القلبية ذات الشدة الكافية تحدث زلة تنفسية. عندما تأخذ الأسباب التنفسية المزمنة بعين الاعتبار يمكنك أن تربطها تشريحياً مع أمراض التروية الرئوية والطرق الهوائية والخلال وجدار الصدر. عند مقاربة مريض الزلة التنفسية من الضروري التأكد من سلامة الطريق الهوائي والتنفس والدوران (ABC) قبل المتابعة في الإجراءات التشخيصية.

■ البداية:

إن سرعة بداية الأعراض مؤشر مفيد على الحدثية المرضية. صنف الجدول المذكور أعلاه حسب سرعة بداية العرض لتضييق التشخيص التفريقي في المواقف السريرية العاجلة.

■ العوامل المحرضة:

يمكن أن يوجد عامل محرض واضح مثل الرض مسبباً إما كسوراً ضلعية أو ريحاً صدرية. يمكن أن يذكر استنشاق الجسم الأجنبي في القصة، على أية حال تعد معرفة استنشاق المواد المقاءة أكثر صعوبة لأنه عادة يحدث في المرضى ناقصي مستوى الوعي أو فاقدي منعكس التهوّع gag. تنتج الزلة التنفسية الحادثة على الاستلقاء عن قصور القلب، أحياناً يمكن أن يعاني المرضى من الاستيقاظ ليلاً وهم يلهثون وذلك عندما تنزلق وساداتهم (الزلة التنفسية الليلية الانتيابية). يمكن أن تكون الزلة التنفسية المرافقة للربو فصلية (غبار طلع العشب)، أو مستمرة (بروتينات براز عت غبار المنزل) معتمدة على المؤرج المحرض. يمكن أن تقودنا قصة تحسس شديد لاعتبار وجود تأق. يمكن أن تحرض حوادث الشدة النفسية هجمات الربو لكنها أيضاً يمكن أن تسبب فرط تهوية عند المرضى القلقين.

■ **العوامل المخففة:**

يمكن أن تتحسن الزلة التنفسية الناتجة عن القصور القلبي عن طريق الجلوس بشكل مستقيم والناتجة عن الربو عن طريق مشابهات بيتا .

■ **العوامل المرافقة:**

يشير السعال المنتج للقشع (أخضر، أصفر، صدئ) لوجود إنتان صدري. يمكن أن يكون السعال سبباً بدئياً أو يمكن أن يفاقم الزلة التنفسية في المرضى ذوي الأمراض الموجودة مثل الربو أو الداء الرئوي الانسدادي المزمن، أو القصور القلبي. يمكن أن ينتج القشع المدمى عن إنتان صدري (خاصة السل)، أو صمة رئوية أو ورم. يمكن أن ينتج الوزيز عن الربو أو استنشاق جسم أجنبي.

الفحص EXAMINATION :

■ **التأمل:**

تعد الزرقة الملاحظة في نهايات الأصابع (المحيطية)، أو في الأغشية المخاطية (المركزية) مؤشراً على مرض شديد مستبطن. يمكن أن يشير انخفاض مستوى الوعي إلى حالة مهددة للحياة. على أية حال، يمكن أن يكون مظهراً من مظاهر مريض الحماض الاستقلابي (الحماض السكري الكيتوني).

يجب أن يكون الحدب الشديد بشكل كافٍ لإحداث زلة تنفسية واضحاً بالتأمل العام. يمكن أن يظهر لدى مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن صدر برميلي وزراق أو نحول وتسرع تنفس (وتنفس مع ضم الشفاه) مترافقاً مع استخدام كبير للعضلات الإضافية.

يمكن ألا يكون معدل التنفس بحد ذاته نوعياً جداً لكن ارتفاعه الزائد يمكن أن يشير إلى شدة الداء المستبطن. يجب أن نعدَّ معدل التنفس بدقة ولا نقوم بتقديره فقط. يجب تأمل اليدين بحثاً عن التبقرط والذي يترافق مع السرطان القصبي والتهاب الأسناخ التليفي (انظر الصفحة 86).

■ **النبض:**

يمكن أن يشير تغير معدل أو انتظام النظم إلى اللانظمية كعامل محرض (عادة بالمرض الرئوي أو القلبي الموجود سابقاً). على أية حال، لا يعد المعدل نوعياً جداً للسبب المستبطن.

■ الضغط الوريدي الوداجي:

يقترح الارتفاع الحاد في الضغط الوريدي الوداجي وجود ريح صدرية الموترة أو صمة رئوية أو قصور مثلث الشرف (موجات v ظاهرة). ينتج الارتفاع المزمن عن قصور القلب الاحتقاني أو أي مرض رئوي مزمن مع قصور قلب أيمن (قلب رئوي).

■ الحرارة:

يمكن أن يحدث ارتفاع في الحرارة في الإنتان الصدري والصمة الرئوية.

■ الرغامى:

تنحرف الرغامى مبتعدة عن الجانب المصاب بالريح الصدرية المؤترة والانصباب الجنبي وأي كتلة كبيرة. وتنحرف إلى نفس الجانب الحاوي شدفة منخمصة التي يمكن أن تنتج عن انسداد اللمعة القصبية بسبب ورم أو أجسام أجنبية.

■ التمدد:

يمكن أن ينقص تمدد جدار الصدر في الجانب الحاوي على منطقة متكثفة (إنتان) وريح صدرية وانصباب. ويمكن أن تنقص بشكل ثنائي الجانب عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

■ القرع:

تبدي المنطقة فوق التكثف أو الانصباب أو الانخماص أصمية بالقرع. توصف فرط الوضاحة غالباً في الجانب المصاب بريح صدرية، على أية حال، توجد عادة (الأصمية النسبية) في الجانب غير المصاب كموجودات أولية.

■ إصغاء منطقة البرك:

يمكن أن يبدي الإصغاء نفحات مترافقة مع الداء القلبي الصمامي. يدل وجود الصوت القلبي الثالث على القصور القلبي، ويمكن أن تنتج الأصوات القلبية الخافتة عن الصدر مفرط التمدد بسبب الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

■ أصوات التنفس:

يحدث نقصان موضع في شدة الأصوات التنفسية فوق مناطق التكثف أو الانخماص الرئوي، على أية حال، يمكن أن تنقص بشكل معمم في الربو والداء الرئوي الانسدادي المزمن.

■ **الأصوات الإضافية:**

يمكن أن يسمع الوزيز في منطقة موضعة بشكل تالٍ لانسداد الطرق الهوائية داخل اللمعة بسبب استنشاق جسم آجنبي أو ورم. يحدث الوزيز المعمم عادة في الربو. عندما تكون قصة وجود سابقة للربو غير واضحة فكّر بوجود التأق. يمكن إصغاء الخراخر الموضعة فوق مناطق التكثف الرئوي. تحدث الخراخر الواسعة ثنائية الجانب في التهاب الأسناخ التليفي (شهيقية ناعمة) والوذمة الرئوية وذات القصبات والرئة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التعداد الدموي العام:**

تنخفض أرقام الخضاب في فقر الدم كسبب بدئي أو كعامل متفاقم عن مرض مستبطن. يمكن أن يرى ارتفاع الخضاب (احمرار الدم) في الداء الرئوي المزمن. يشير ارتفاع عدد الكريات البيض عادة إلى الإنتان لكنه يمكن أن يحدث أيضاً في حالات أخرى مثل الصمة الرئوية.

- **معدل الجريان الزفيري الأقصى:**

يعد اختباراً سريرياً بسيطاً يسمح بتقييم تحدد جريان الهواء. ويجرى في سرير المريض، يمكن أن يشير تناقص معدل الجريان إلى الربو أو تحدد مزمن في جريان الهواء.

- **تخطيط القلب الكهربائي:**

تكتشف اللانظميات بسرعة عن طريق تخطيط القلب الكهربائي، يمكن أن يُحدث الرجفان الأذيني أو تسرع القلب فوق البطيني زلة تنفسية عند المرضى المصابين سابقاً بمرض قلبي أو رئوي. على أي حال، يمكن أن تكون اللانظمية عبارة عن تظاهرة لسبب مستبطن، مثل احتشاء العضلة القلبية، والصمة الرئوية ونقص الأكسجة. يحدث ارتفاع الشدفة ST في احتشاء العضلة القلبية ويعد أيضاً من الموجودات غير النوعية في الصمة الرئوية. يمكن أن يحدث حصار الغصن الأيمن في ظل وجود داء رئوي طويل الأمد.

- **مقياس الأكسجة النبضي:**

على الرغم من أن نقص الإشباع بحد ذاته ليس مُميِّزاً بشكل دقيق، فإن الانخفاض الشديد الحاد في إشباع الأوكسجين يترافق مع الصمات الرئوية والريح الصدرية. يعد عدم الإشباع بعد الجهد مفيداً في حالة الاشتباه بذات الرئة الانتهازية Opportunistic Pneumonia.

- **غازات الدم الشرياني:**

مفيدة في تحديد شدة المرض وتصنيف القصور التنفسي. المستويات الطبيعية للأكسجة غير مفيدة في استبعاد المرض التنفسي أو القلبي، على أية حال تشير المستويات المنخفضة للبيكاربونات إلى الحماض الاستقلابي وتقودنا لتحري السبب المستبطن مثل الحماض الكيتوني السكري. يشير القلاء (pH مرتفع) مع انخفاض الضغط الجزئي لثاني أوكسيد الكربون وارتفاع الضغط الجزئي للأوكسجين إلى فرط التهوية. يمكن أن ينتج احتباس ثاني أوكسيد الكربون عن الداء الرئوي المزمن (قصور تنفسي نمط II) أويشير إلى الحاجة للتهوية عند الربويين ناقصي الأكسجة.

- **الخمائر القلبية:**

يمكن أن يرتفع الكرياتينين كيناز CK أو الكرياتينين كيناز الخاصة بالعضلة القلبية CK-MB أو التروبونين القلبي في احتشاء العضلة القلبية المسبب لقصور بطيني أيسر حاد.

- **صور الصدر البسيطة:**

يعد فرط انتفاخ الرئتين (إذا كان نصف الحجاب الحاجز يقع للأسفل من الضلع السابع في الأمام أو الضلع الثاني عشر في الخلف) مظهراً للنفاخ الرئوي ويمكن أن ينجم أيضاً عن الربو. يمكن أن ترى مناطق التكثف على فيلم بسيط، على أية حال، يمكن أن تتأخر التبدلات الشعاعية للإنتان الصدري عن وقت ظهور الموجودات السريرية.

يمكن أن يتظاهر وجود قصور القلب بضخامة قلبية، وتحويل الأوردة الرئوية في الفص العلوي، وانصبابات جنبية ثنائية الجانب، وخطوط كيرلي B (خطوط أفقية بطول 1-2 سم في محيط الساحة الرئوية)، ووذمة رئوية بقعية. يمكن تشخيص الريح الصدرية عن طريق تمييز خط الجنب وغياب علامات الرئة خلفه. يمكن أن يتظاهر السرطان القصبي بكتلة سرية أو كثافة محيطية أو انخماص وتكثف الرئة الناتجين عن انسداد الطرق الهوائية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **زرع الدم والقشع:**

تؤخذ عند الشك بإمراضية إنتانية (ذات رئة، خراج رئوي)، وتفضل قبل إعطاء الصادات.

- **اختبارات الوظائف التنفسية:**

بصرف النظر عن القياسات الفيزيولوجية الرئوية، يسمح مقياس التنفس بتصنيف الآفات الرئوية السادة أو الحاصرة. يمكنه أيضاً أن يزودنا بمعلومات عن شدة المرض

واستجابته لاستنشاق الموسعات القصبية. يمكن أن تشير عرى حجم الجريان إلى انسداد طرق هوائية ثابت (هضبة في الطور الزفيري) والذي يمكن أن ينتج عن جسم أجنبي أو ورم داخل اللمعة. يتصف النموذج الحاصر من ضعف التهوية بنسبة طبيعية لحجم الزفير الأقصى في ثانية FEV_1 على السعة الحيوية القصوى FVC ونقص في السعة الحيوية. ويعد وصفياً لتليف الرئة وأمراض الرئة الارتشاحية وتحدد حركة جدار الصدر. يتصف النموذج الساد من ضعف التهوية بنسبة منخفضة لحجم الزفير الأقصى في الثانية FEV_1 على السعة الحيوية القصوى FVC وسعة حيوية طبيعية. ويعد وصفياً للربو والداء الرئوي الانسدادي المزمن والتوسع القصبي والداء الليفي الكيسي.

- **تنظير القصبات:**

يجب إجراء تنظير القصبات عند استنشاق جسم أجنبي، يعد هذا الإجراء تشخيصياً وعلاجياً. يمكن رؤية السرطانات القصبية داخل اللمعة وأخذ خزعات منها. يسمح التنظير القصبي أيضاً بجمع العينات لزراعتها في تشخيص ذات الرئة.

- **تصوير الصدر بالطبقي المحوري:**

الرؤيا الكاملة للصدر عن طريق التصوير الطبقي المحوري تكون مفيدة في تقييم الكتل غير معروفة السبب، ومن أجل تصنيف السرطان القصبي. يعد التصوير الطبقي المحوري عالي الدقة مفيداً في تقييم التليف الرئوي.

- **تصوير القلب بالأمواج فوق الصوتية:**

يستطب تصوير القلب بالأمواج فوق الصوتية عند الشك في القصور القلبي أو الداء القلبي الصمامي. يمكن تشخيص الصمة الرئوية الضخمة عن طريق وجود قصور قلب أيمن وارتفاع ضغوط الشرايين الرئوية. يمكن أن ينتج ارتفاع ضغوط الشرايين الرئوية أيضاً عن ارتفاع الضغط الرئوي مسبباً زلة تنفسية. على الرغم من أن قسماً من الزلات التنفسية تبقى مجهولة السبب، فإن الأسباب المعروفة هي أمراض القلب الولادية وأي مرض رئوي شديد والصمات الرئوية الناكسة.

- **تصوير التهوية / التروية الومضاني:**

يمكن تشخيص معظم الصمات الرئوية عن طريق تصوير التهوية / التروية الومضاني.

- **تصوير الشريان الرئوي:**

يستطب إذا لم يؤكد تصوير التهوية / التروية الومضاني التشخيص بسبب مرض موجود مسبقاً، أو عندما نخطط لإجراء تداخل عاجل مثل حل الخثرة أو استخراجها.

EAR DISORDERS الاضطرابات الأذنية

تعتبر الاضطرابات الأذنية شائعة في الممارسة العامة. يعد الألم الأذني شكوى متواترة. يمكن أن ينشأ عن مرض داخلي أصلي أو يمكن أن ينتج عن ألم رجيع من التجويف الفموي أو البلعوم. نوقشت أسباب الصمم في صفحة 121.

الأسباب CAUSES :

الموضعية:

الأذن الخارجية:

الرض.

الدمامل.

نظيرة الجلد التضمنية.

مرض خبيث.

مجرى السمع الظاهر:

التهاب أذن ظاهرة.

الدمل.

مرض خبيث (نادر).

الأذن الوسطى:

التهاب أذن وسطى حاد.

التهاب أذن وسطى مزمن.

التهاب الخشاء.

الألم الرجيع:

مشاكل سنية.

سرطان الثلث الخلفي من اللسان:

البلعوم:

ـ التهاب اللوزات.

ـ التهاب البلعوم.

ــ خراج اللوزة.

ــ جسم أجنبي.

عصبية:

الحلأ النطاقي.

ألم العصب اللساني البلعومي.

القصة HISTORY:

■ **الموضعية:**

الأذن الخارجية:

يمكن أن يسبب الرض ورماً دموياً تحت سمحاق الغضروف، يحدث هذا عادة بسبب ضربة شديدة. سوف يظهر لدى المريض تكدم وتورم. إذا لم يفجر التورم وحدث رض متكرر فإن هذا سيقود إلى حالة تسمى أذن زهرة القرنبيط. والتي تشاهد غالباً عند لاعبي الركبي. يعد انقلاع صيوان الأذن نادراً لكنه قد يحصل في الرضوض الكبيرة. أحياناً، يحدث التهاب في النسيج الخلوي وتورم للأذن ناتج عن العض إما الحيواني أو الإنساني. يمكن أن يعاني المريض من تورم في شحمة الأذن. اسأل فيما إذا كان يوجد ثقب أذني حديث عنده إذ يمكن أن تنتج عنه نظائر الجلد التضمنية. يمكن أن تظهر القرحات على الصيوان كنتيجة لوجود داء خبيث، النوع الأكثر شيوعاً هو السرطانات حرشفية الخلايا والقرحات القارضة.

مجرى السمع الظاهر:

يمكن أن يشكو المريض من تهيج وسيلان وألم وأحياناً نقص سمع، يمكن أن ينتشر الالتهاب إلى الخارج حتى الصيوان. يمكن أن يوجد قصة نكش للأذن بواسطة عود الثقاب أو ملقط الشعر لإخراج الصملاخ. يمكن أن يحدث ذلك عند أولئك الذين يسبحون بشكل متواتر في الحمامات العامة. يشكو المريض المصاب بدمل (حبة) في مجرى السمع الظاهر من ألم شديد وإحساس نابض. يسوء الألم بإدخال منظار الأذن في المجرى. يمكن أن توجد قصة إدخال جسم أجنبي في مجرى السمع الظاهر. غالباً يكون المريض طفلاً. يمكن أن يتم إدخال البذور أو الحبوب لداخل الأذن. يدخل البالغون

غالباً أعواد الثقاب أو الفتائل الصوفية - القطنية أو القطع الورقية لإخراج الصملاخ من آذانهم. أحياناً تدخل حشرة في الأذن. يوجد عادة ألم وسيلان. يعد المرض الخبيث في مجرى السمع الظاهر نادراً، لكنه عندما يحدث فإنه يسبب ألماً مبرحاً وسيلاناً مدمى ويمكن أن يغزو الأذن الوسطى أو العصب الوجهي أو المفصل الفكي الصدغي. يمكن أن يراجع المريض بشلل وجهي.

الأذن الوسطى:

يحدث التهاب الأذن الوسطى الحاد عادة عند الأطفال. يمكن أن توجد قصة سابقة للزكام الشائع أو التهاب اللوزات أو التهاب الناميات أو داء إنتاني في سن الطفولة. يمكن أن يوجد عند البالغين قصة التهاب جيوب، أو رض أو طيران جوي، أو كسر في العظم الصدغي. يشكو المريض من ألم أذني شديد، وغالباً مع نقص سمع ويظهر متوهجاً ومريضاً. يتظاهر التهاب الأذن الوسطى المزمن بقصة نقص سمع وعدم ارتياح في الأذن، وطنين وأحياناً مشاكل في التوازن. يعد التهاب الخشاء الحاد اختلاطاً لالتهاب الأذن الوسطى، يعد نادراً هذه الأيام بسبب وجود الصادات. لازال الأطفال يراجعون أحياناً بألم وسيلان (قشدي وغزير) ونقص سمع مع تورم خلف الأذن.

- **الألم الرجيع:**

اسأل عن قصة مشاكل سنية.. عند المسنين يمكن أن يوجد سرطان في الثلث الخلفي للسان. القصة المدرسية لذلك هي رجل مسن يبصق دماً مع وجود قطعة قطن صوفية في أذنه. اسأل عن قصة التهاب لوزات أو التهاب بلعوم أو صعوبة في البلع ناتجة عن خراج اللوزة. أحياناً يتوضع جسم أجنبي في البلعوم يمكن أن يكون مسؤولاً عن ذلك. يمكن أن تحدث الأمراض الخبيثة الأخرى في البلعوم ألماً رجيعاً. اسأل عن قصة عسرة بلع.

- **عصبية:**

يمكن أن تظهر آفات الحلا النطاقي الذي يصيب العقدة الركبية في مجرى السمع الظاهر والصيوان وأحياناً في الحنك. يتظاهر ألم العصب البلعومي اللساني بألم شديد جداً ينتشر من الحلق إلى اللسان وإلى الأذن.

الفحص EXAMINATION:

■ **الموضعي:**

الأذن الخارجية:

يمكن أن يوجد في الرضوض أورام دموية تحت سمحاق الغضروف بشكل واضح. ينتج عن العضات التهاب نسيج خلوي وتورم في الأذن، تتلو نظائر الجلد التضمنية عادة ثقب الأذن وتتظاهر بكتل في شحمة الأذن بشكل مجاور لمنطقة الثقب. يتظاهر المرض الخبيث عادة كقرحة إما كمظهر نموذجي للقرحة القارضة أو كحواف منقلبة لسرطان حرشفي الخلايا.

مجرى السمع الظاهر:

يوجد غالباً التهاب في مدخل المجرى، يكون المجرى مؤلماً ويوجد فضلات رطبة ووذمة واحمرار في جدار المجرى بالفحص بواسطة منظار الأذن، يكون الدمل (الحبة) مؤلماً بشدة، يبدي الفحص بواسطة منظار الأذن حبة مؤلمة قاسية أو حتى قيحاً في مجرى السمع الظاهر، يبدو الجسم الأجنبي عادة واضحاً بالفحص بواسطة منظار الأذن كما هو الحال أيضاً في الداء الخبيث.

الأذن الوسطى:

يكون مريض التهاب الأذن الوسطى الحاد عادة متوهجاً وتعباً، غالباً مع ارتفاع في درجة الحرارة 39 – 40. يظهر فحص غشاء الطبل نقصاً في لمعانه وزوال منعكس الضوء. يوجد احمرار وامتلاء وتبارز في الطبلة. يمكن أن توجد علامات انثقاب وهي سيلان أذني لسائل مخاطيني أو قيحي أو مدمى. يظهر التهاب الأذن الوسطى المزمن سائلاً في الأذن الوسطى (دبق الأذن) مع تلون وغالباً انسحاب لغشاء الطبل. يبدي اختبار الرنانات نقص سمع وصلي. في التهاب الخشاء الحاد يكون الطفل عادة مريضاً ولديه حمى مرتفعة. يوجد إيلام فوق الناتئ الخشائي وتورم خلف أذني، يمكن أن يكون غشاء الطبل أحمراً ومتبارزاً أو مثقوباً مع سيلان.

■ **الألم الرجيع:**

استقصِ المشاكل السنية، افحص الثلث الخلفي للسان من أجل السرطان، تأمل الحلق بمرآة بحثاً عن التهاب لوزات أو التهاب بلعوم أو خراج اللوزة. أو جسم أجنبي أو خباثة.

■ **العصبية:**

يوجد في الحلأ النطاقي حويصلات في المجرى وعلى الصيوان وأحياناً على الحنك والحلق. يسبق هذا عادة ألم أذني شديد. يمكن أن توجد في ألم العصب البلعومي اللساني منطقة محرضة في الحلق بنفس الطريقة التي يمكن أن تحرض فيها المنطقة المحرضة ألم العصب مثلث التوائم.

الاستقصاءات العامة GENERAL INESTIGATIONS:

يمكن أن تشخص معظم الاضطرابات الأذنية بالفحص السريري وحده.

- **الخضاب، التعداد الدموي العام، سرعة التثفل:**

ينخفض الخضاب في المرض الخبيث، ترتفع الكريات البيض في التهاب الأذن الوسطى الحاد، التهاب الخشاء الحاد. ترتفع سرعة التثفل في الخباثة والإنتان.

- **المسحة:**

زرع وتحسس، التهاب الأذن الظاهرة، التهاب الأذن الوسطى مع سيلان، الدمل، التهاب اللوزات.

- **الخزعة:**

الداء الخبيث في الصيوان ومجرى السمع الظاهر، سرطان الثلث الخلفي للسان.

- **صورة الجمجمة بالأشعة السينية:**

كثافة واندماج الخلايا الهوائية في التهاب الخشاء.

- **الطبقي المحوري:**

الخباثة، التهاب الخشاء.

الاضطرابات العينية EYE DISORDERS

تميل معظم الاضطرابات العينية لأن تتظاهر (بالعين الحمراء)، والتي تعد الشكوى العينية الوحيدة الأكثر شيوعاً التي يمكن مصادفتها من قبل الممارسين العامين.

الأسباب CAUSES:

الأجفان:

التهاب الأجفان.

الشعيرة (الجنجل Hordeolum).

كيسة ميبوميوس.

الصفروم.

الشتر الداخلى.

الشتر الخارجى.

العين:

السطح: الرض.

الجسم الأجنبى.

الملتحمة: التهاب الملتحمة:

- الجرثومى.
- الفيروسى.
- بالكلاميديا (تراخوم).
- التحسسى.
- النزف تحت الملتحمة.

الصلبة: التهاب فوق الصلبة.

التهاب الصلبة.

القرنية: سحجة القرنية.

تقرح القرنية (التهاب القرنية):

الجرثومي.

الفيروسي.

الفطري.

القزحية والجسم الهدبي: التهاب القزحية والجسم الهدبي (التهاب العنبة).

داخل عينى: الزرق مغلق الزاوية الحاد.

القصة HISTORY :

■ الألم:

تتظاهر معظم الاضطرابات العينية بالألم. يمكن أن تنتج البداية المفاجئة لألم العين أحادي الجانب والدماع عن وجود جسم أجنبي. يميل مرضى التهاب الملتحمة الإنتاني لأن يعانوا من حس حرق أكثر من ألم. يشكو مرضى التهاب الأجفان من حس وجود جسم أجنبي أو تحصي، بينما يشكو مرضى التهاب الملتحمة التحسسي (حمى القش، حساسية حادة أو تأتب) من الحكة أكثر من الألم. يحدث الألم الشديد في السحجات القرنية والقرحات والزرق مغلق الزاوية والحلأ النطاقي العيني والتهاب العنبة والتهاب الصلبة، يعاني مرضى الحالتين الأخيرتين من ازدياد الألم عند جس المقلة. الشعيرة هي التهاب قيحي في جريب هدبي وهي مرض شائع ومؤلم بشدة، كيسة ميبوميوس هي إنتان في غدة ميبوميوس التي تقع في النصف الخلفي للحافة الجفنية. إثر التهاب غدة ميبوميوس إما أن تشفى عفوياً أو تترك تورماً بحجم حبة الحمص يسمى البردة Chalazion. الشتر الداخلي هو دوران باتجاه الداخل في الحافة الجفنية. تخرش الأهداب الملتحمة والقرنية مسببة عيناً حمراء مؤلمة. تسمى الحالة المعاكسة الشتر الخارجي وينتج عادة عنها العين المائية. يكون النزف تحت الملتحمة عادة عفوياً وعلى الرغم من أنه يتظاهر بوذمة ملحوظة في الملتحمة (تورم النسج الرخوة) فإنه لا يوجد عادة ألم.

■ الاضطرابات البصرية:

يمكن أن يحدث ضعف الرؤيا في القرحة القرنية والتهاب العنبة والزرق مغلق الزاوية الحاد، يترافق هذا عادة برهاب الضوء، بالإضافة إلى أن مرضى الزرق يمكن أن يشكوا من هالات حول الأضواء ناتجة عن الوذمة القرنية.

■ النجيج:

يجب طرح عدة أسئلة لتحديد وجود وكمية ولون أي نجيج مصدره العين. يترافق النجيج القيحي مع التهاب الملتحمة الجرثومي وبالكلاميديا. يميل النجيج على أية حال في التهابات الملتحمة التحسسية والفيروسية لأن يكون شفافاً.

■ القصة المرضية السابقة:

يمكن أن توجد قصة تأتب أو حمى القش عند مرضى التهاب الملتحمة التحسسي. يمكن أن يكون الإنتان الحلئي السابق على الوجه هو الدليل الوحيد على تقرح القرنية

التغصني. يتشكل ثلاثي متلازمة رايتر من التهاب الملتحمة والتهاب الإحليل والتهاب المفاصل والتي تحدث بسبب الإنتان بالكلاميديا التراخومية. تعتبر قصة وجود عدسات لاصقة هامة حيث يمكن أن يتطور لدى المرضى إنتانات مهددة للبصر بشكل فعلي.

يعتبر التهاب الصلبة أكثر عمقاً وعملية التهابية أكثر شدة مقارنة بالتهاب ما فوق الصلبة. يميل لأن يترافق مع أمراض النسيج الضام مثل الداء الرثياني والذئبة الحمامية الجهازية. يترافق التهاب العنبة مع الداء المعوي الالتهابي والصدف والتهاب الفقار اللاصق والساركوئيد. يمكن أن يرى الاحتقان الحجاجي عند مرضى الاضطرابات الدرقية. الصفروم هو لويحات دهنية تتوضع في جلد الأجفان، يمكن أن تشير الصفرومات الواسعة والمتعددة إلى شذوذات في استقلاب الكولسترول أو السكري أو المرض الشرياني.

الفحص EXAMINATION:

يجب تقييم القدرة البصرية عن طريق نظارات مصححة أو الثقوب الصغيرة pinhole وتسجيلها بالنسبة للوحات سنيلين. الحالات التي تتظاهر بضعف بصري هي التقرح القرني والتهاب العنبة والزرق. يجب استشارة أخصائي العينية عند مرضى تلك الحالات. يجب تأمل الأجفان بعناية ، يمكن أن يشير تورم الجفن العلوي واحمراره إلى الشعيرة. يمكن أن يوجد حبة ذات مظهر قيحي في جريب الشعرة المخموج. يُقلب الجفن العلوي لتأمل كيسة ميبوميوس والأجسام الأجنبية. ترى الحليمات (ارتفاعات ملتحمية مع أوعية في مركزها) في التهاب الملتحمة التحسسي، ويمكن أن تكون الجريبات (مجموعات الخلايا اللمفاوية) مرئية في الإنتان الفيروسي أو بالكلاميديا. يكون الشتر الداخلي والشتر الخارجي عادة واضحين، ينقلب الجفن السفلي للداخل في الأول وينقلب للخارج في الثاني، تخدش الأهداب الملتحمة والقرنية مما يؤدي لظهور عين حمراء مائية. يحدث تأثير مشابه عن طريق الشعرة التي تحدث بسبب توضع شاذ للأهداب. الصفروم هو لويحات دهنية متوضعة في جلد الأجفان، تبدو كأنها كتل من دهن أصفر عاتم ليست مؤلمة أو مزعجة.

نجري بعدها التأمل بحثاً عن وجود أي أجسام أجنبية على سطح العين. يجب أن تقيم مناطق الاحمرار بعناية، تعد الحمامى المنتشرة والمتركزة بشكل أعظمي في الأقبية (الرتوج) مظهراً لالتهاب الملتحمة. يمكن أن تنتج المناطق الموضعة من الحمامى القطعية عن التهاب ما فوق الصلبة، لكنها إذا تركزت قرب الحوف فإنها يمكن أن تنتج عن التهاب القرنية البؤري.

يُحدث التهاب الصلبة تلوناً أحمر بني، بينما تلاحظ منطقة عميقة حمراء قرمزية في النزف تحت الملتحمة، إن الحمامى البارزة المجاورة للقزحية تسمى التوهج الهدبي وتحدث في التهاب العنبة الأمامي والزرق. عندها نركز الانتباه نحو القرنية، يمكن ألا يرى تقرح القرنية دون التلوين بالفلورسئين، يمكن أن يمتد الإنتان نحو الغرفة الأمامية، ويمكن أن يظهر تجمع القيح (تقيح البيت الأمامي) كمستوى سائل أبيض. يحدث نقص في لمعان القرنية في الزرق نتيجة وذمة القرنية.تفحص الحدقة وتلاحظ وضعية الراحة. يمكن أن تنتج الحدقة المتضيقة عن التشنج الهدبي Ciliary Spasm في التهاب العنبة وتستقر بوضعية نصف اتساع Semidilated ثابتة في الزرق.

يجب أن يجرى تلوين بالفلورسئين وبعدها تشاهد العين بضوء أزرق صافي، تأخذ السحجات أو القرحات القرنية اللون الأخضر المتوهج.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATION:

- **المسحة:**

الفحص المجهري والزرع والتحسس للعضيات الإنتانية مثل: الشعيرة، التهاب الملتحمة الجرثومي والفيروسي وبالكلاميديا.

- **التلوين بزهر البنغال:**

لتقييم الخلايا الميتة والمتضررة. وهو مفيد في تحديد القرحة المتغصنة الناتجة عن الإنتان بالحلأ البسيط.

- **سكر الدم:**

ترافق الإنتانات غالباً الداء السكري، والصفروم أيضاً.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **قياسات الضغط داخل العين:**

يرتفع في الزرق والتهاب العنبة.

- **كشاطة قرنية:**

من أجل الآفات الإنتانية.

FACIAL PAIN الألم الوجهي

معظم المرضى قادرون على التمييز بين الألم الناتج عن القحف الذي يسمى اصطلاحاً الصداع، وبين ذلك الناتج عن الوجه الذي ذكر هنا تحت عنوان الألم الوجهي.

الأسباب CAUSES:

الموضعي:

الجيوب:	التهاب الجيوب.
	السرطان.
الأذن:	التهاب الأذن الوسطى.
	التهاب الأذن الخارجية.
الخشاء:	التهاب الخشاء.
الأسنان:	الخراج السنى.
الجلد:	الحلأ النطاقى.
الغدة النكفية:	النكاف.
	التهاب النكفة.
	الورم.
العام:	ألم العصب مثلث التوائم.
	التهاب الشريان الصدغى.
	الورم:
	ـ السرطان الأنفى البلعومى.

القصة HISTORY:

في معظم الحالات تصدر الآلام الوجهية عن البنى الخاصة بالوجه. لذلك عندما نضع التشخيص التفريقي يجب التفكير بالبنى التشريحية للوجه.

■ **الموقع:**

يمكن أن يكون موقع الألم هو التظاهرة الأكثر فائدة عند التمييز بين الأسباب. على الرغم من أن الإيلام الموضعي يمكن أن يوجه الطبيب نحو الموقع المتأثر فلا تنسَ التفكير

بالألم الرجيع من البنى المجاورة. يمكن أن يكون الألم في منطقة الأذن رجيعاً عن الجلد أو الأسنان أو اللوزات أو البلعوم أو الحنجرة أو الرقبة. يمكن أن ينتج الإيلام فوق الفك العلوي عن التهاب الجيوب أو الخراج السني أو السرطان.

■ **الصفة:**

يعاني مرضى ألم العصب مثلث التوائم غالباً من آلام شديدة، حادة اشتدادية في توزع العصب مثلث التوائم أو فروعه الرئيسية. تكون الآلام المرافقة لإنتانات بنى مثل الأسنان والخشاء والأذن غالباً ذات طبيعة كليلة وموجعة.

■ **العوامل المحرضة:**

يمكن أن ينتج الألم المتحرض بالطعام أو عملية المضغ عن خراج سني أو اضطراب الغدة اللعابية أو اضطراب القناة اللعابية أو اضطراب المفصل الفكي الصدغي أو عرج الفك الناتج عن التهاب الشريان الصدغي. الألم الناجم عن معظم البنى يتفاقم باللمس، على أية حال، في ألم العصب مثلث التوائم حتى الطرق الخفيف للجلد يكون كافياً لإحداث ألم شديد.

■ **الأعراض المرافقة:**

يمكن أن ينتج الدماع عند انسداد القناة الدمعية بواسطة سرطان البلعوم الأنفي. يجب أن توجه شكاوى السيلان الأذني ونقص السمع الطبيب لوجود إنتانات تصيب الأذن أو الخشاء. يحدث الانسداد الأنفي والسيلان الأنفي في التهاب الجيب الفكي وسرطان غار الفك العلوي، والذي يمكن أن يترافق مع رعاف أحادي الجانب. يمكن أن يحدث تورم في الوجنة بسبب الخراجات السنية وسرطان الفك العلوي. يترافق ضعف العضلات الدانية والألم عادة مع التهاب الشريان الصدغي الناتج عن ألم العضلات العديدة الرثوي. يسبق تشوش الحس المتوزع في منطقة العصب مثلث التوائم غالباً اندفاعات الحلأ النطاقي.

الفحص EXAMINATION:

■ التأمل:

يمكن أن نحصل على معلومات وفيرة من خلال تأمل شامل للوجه والغدد اللعابية والأذن والأنف والحلق. يتضمن ذلك استعمال أدوات خاصة مثل منظار الأذن ومنظار جوف الأنف. يمكن أن توجد حمامى و حويصلات أحادية الجانب في توزع العصب مثلث التوائم بشكل ملفت للنظر وذلك في الإنتان بالحلأ النطاقي. لكنها يمكن ألا توجد في المراحل الباكرة من المرض. وأيضاً يمكن أن تدل المناطق الموضعة من الحمامى أو التورم، على موقع الإنتان مثل الجيب والأذن والخشاء والغدة النكفية. يمكن أن يلاحظ التورم خلف الأذني وانزياح الصيوان باتجاه الأسفل في التهاب الخشاء. يمكن أن يحصل التورم والحمامى في الفك العلوي بسبب الخراج السني أو سرطان الفك العلوي. في التهاب الأذن الوسطى، يمكن أن يرى بواسطة منظار الأذن احتقان أو انثقاب غشاء الطبل. يمكن أن يرى سرطان البلعوم الأنفي بالتأمل المباشر للأنف والحلق. يمكن أن تشاهد ملامح الشلل الوجهي في ارتشاح العصب الوجهي بواسطة أورام الغدة النكفية.

■ الجس:

إن الطرق الخفيف لجلد الوجه سوف يحرض آلاماً شديدة في حالة ألم العصب مثلث التوائم. يمكن أن يحصل الإيلام فوق العظم الجبهي في التهاب الجيب الجبهي، وفوق الفك العلوي في التهاب الجيب الفكي. يحدث الألم فوق عظم الفك العلوي والفك السفلي في الخراجات السنية. يحدث الإيلام الخشائي في التهاب الخشاء أو التهاب الأذن الوسطى، ويمكن أن ينتج إيلام النكفة إما عن النكاف أو التهاب النكفة. يقترح الإيلام على طول مسار الشريان الصدغي السطحي وجود التهاب الشريان الصدغي. ينتج الألم بتحريك صيوان الأذن عن التهاب الأذن الخارجية.

يمكن أن يبدي جس العقد اللمفاوية السطحية في الرقبة وجود اعتلال العقد اللمفاوية في توزع النزح اللمفاوي للبنى المصابة بالإنتان أو السرطان.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التعداد الدموي العام:**

ينخفض الخضاب في الخباثة. ويرتفع تعداد الكريات البيض في الإنتان.

- **سرعة التثفل:**

ترتفع في الخباثة، والتهاب الشريان الصدغي.

- **الأشعة السينية:**

يظهر تصوير الجيوب بالأشعة السينية تسمك المخاطية مع مستويات غازية - سائلة في التهاب الجيوب. أحياناً ترى عتامة تامة في التهاب الجيوب والتهاب الخشاء على الأفلام الخشائية. يمكن أن توجد عتامة تامة في الجيب وتخريب للعظم المجاور في سرطان الجيوب. سوف يبدي التصوير الطبقي المحوسب امتداد الغزو.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التصوير الطبقي المحوسب:**

يظهر سرطان الجيوب، سرطان البلعوم الأنفي، الحالات النكفية. وسوف يظهر امتداد الورم ودرجة الغزو.

- **الرنين المغناطيسي:**

يظهر الأورام - الامتداد والغزو.

- **تصوير الأقنية اللعابية:**

في الحالات النكفية مثل حصيات القناة، توسع الأقنية اللعابية.

- **دراسة الخلايا المأخوذة بالرشف بواسطة الإبرة الرفيعة:**

تظهر الأورام النكفية.

FACIAL SWELLINGS التورمات الوجهية

تعد التورمات الوجهية شكوى شائعة. يمكن أن تكون عامة أو موضعة. تنتج عدة حالات عن الرض أو الإنتان لكنها يمكن آن تكون علامة لمرض جهازي.

الأسباب CAUSES :

رضية:

كسور وجهية.

لدغ الحشرات.

إنتانية:

الحمرة.

خمج سنى.

التهاب جيوب.

التهاب نكفة.

ورمية:

النكفة.

الجيوب.

الفك.

أورام منصفية.

وعائية:

خثار الوريد الأجوف العلوي.

خثار الجيب الكهفي.

غدية صماوية:

متلازمة كوشينغ.

الفدامة.

ضخامة النهايات.

استقلابية:

صماوية.

قصور كلوي.

محرضة بالأدوية:

الستيروئيدات.

أخرى:

تفاعلات تحسسية.

الوذمة العرقية العصبية.

داء باجيت.

القصة HISTORY:

■ الرضية:

تكون قصة الرض واضحة عادة. يمكن أن يكون التورم شديداً، مع تكدم وانغلاق في الفرجة الجفنية. يمكن أن تسبب لدغات الحشرات تورماً ينتج عن التحسس أو الإنتان. يمكن ألا يكون المريض مدركاً للدغة الحشرة.

■ الإنتانية:

الحمرة هي خمج جلدي غير شائع يحدث بسبب المكورات العقدية. يظهر عادة الألم والاحمرار فوق الوجنة. يمكن أن تحدث الحمى والدعث. تعد الأخماج السنية شائعة (انظر في ألم الفك والتورم صفحة 288). وتكون غالباً موضعة في البداية لكن يمكن أن يتورم جانب الوجه. وتترافق بألم شديد نابض. يتظاهر التهاب الجيوب بألم وحيد الجانب ثابت فوق الجيب الجبهي أو الفكي. يوجد عادة انتباج بالجلد فوق الجيب. يتظاهر التهاب النكفة بألم وتورم فوق الغدة. إذا حدث ذلك نتيجة انسداد القناة فإن التورم يحدث أثناء الطعام، عندما يفرز المريض اللعاب ويتراجع بعدها. يحدث التهاب النكفة ثنائي الجانب في النكاف.

■ ورمية:

يمكن أن تصيب الأورام النكفة والجيوب والفك. يوجد عادة تورم موضع في سرطان الجيوب. يشكو المريض من أنف مسدود وسيلان مدمى، يمكن أن يكون نتن الرائحة. يوجد عادة في الآفات الورمية بالفك ألم ثاقب عميق التوضع متعلق بالتورم. تضغط الأورام المنصفية الوريد الأجوف العلوي ويمكن أن تسبب احتقان الوجه ووذمة وجهية.

■ وعائية:

يمكن أن يحدث خثار الوريد الأجوف العلوي. يعد هذا نادراً وقد توجد قصة إقناء وريدي مركزي لمدة طويلة. يوجد احتقان ازرقاقي في الوجه مع وذمة وجهية. يحدث

خثار الجيب الكهفي عادة بشكل تالٍ لقصة إنتان في الوجه أو في الجيوب. يمكن أن توجد قصة تثبيط مناعي أو داء سكري. يشكو المريض من ألم في العين ومقدمة الرأس مع تورم حول العين وعين متبارزة. يمكن أن يصيب التورم في النهاية كامل جانب الوجه. تحدث الرؤيا المضاعفة كنتيجة لإصابة العصب القحفي.

■ **صماوية:**

تتظاهر متلازمة كوشينغ بتورم في الوجه (وجه بدري) مع مظهر أحمر بشكل وصفي. يرى التورم الوجهي أيضاً في ضخامة النهايات. سوف يشكو المريض عادة من زيادة في قياس الحذاء ويدين ضخمتين. يمكن أن يوجد أيضاً صوت خشن وتبارز في الفك وقصور القلب. تترافق الفدامة مع وجه متورم منتفخ وضخامة وتبارز في اللسان.

■ **استقلابية:**

يشير الانتفاخ حول الأجفان عادة إلى القصور الكلوي.

■ **الأدوية:**

قصة علاج بالستيروئيدات.

■ **أخرى:**

يمكن أن تنتج وذمة وجهية أو حول حجاجية بسبب التفاعلات التحسسية للأدوية، خاصة للصادات، أو بسبب نقل الدم. احصل على قصة دوائية دقيقة. تؤثر الوذمة الوعائية العصبية بشكل رئيس على الأجفان والشفاه. حيث تحدث هجمات ناكسة من بداية مفاجئة لحس حرق وتهيج. إن وجود قصة عائلية توحي بالتشخيص. يتظاهر داء باجيت غالباً بضخامة مؤلمة في الجمجمة، والفخذ والترقوة، وتقوس في الظنبوب. يلاحظ المريض زيادة في قياس القبعة. تظهر مقدمة الرأس ضخمة ومتبارزة.

الفحص EXAMINATION:

■ **رضية:**

تكون الكسور عادة واضحة. افحص ارتكاس الحدقة واختبر الأعصاب القحفية. يمكن أن تكون الجروح الثاقبة الناتجة عن لدغ الحشرات واضحة لكنها غالباً ليست كذلك. يوجد غالباً التهاب في النسيج الخلوي المحيط ووذمة.

■ **إنتانية:**

تتظاهر الحمرة كمنطقة حمراء ممضة مع حواف واضحة الحدود مرتفعة فوق الجلد الطبيعي المحيط بها. يكون المريض عادة مصاباً بالحمى. تكون الخراجات السنية عادة واضحة، مع إيلام موضعي ووذمة. كثيراً ما يشخص التهاب الجيوب اعتماداً على قصة إيلام موضع وتورم. تكون الغدة متورمة وممضة في التهاب النكفة، في حال حدوث الخمج، وأحياناً تترافق باحمرار فوق الجلد. يمكن أن تكون أحادية أو ثنائية الجانب. افحص فوهة القناة النكفية بحثاً عن حصى أو تضيق.

■ **ورمية:**

يتظاهر ورم النكفة عادة كتورم كبير غير منتظم ثابت أو قاس. يمكن أن يوجد غدوم عديد الأشكال بشكل مسبق. اختبر سلامة العصب الوجهي الذي يمكن أن يتأثر بالسرطان. يمكن أن تتظاهر سرطانة الجيب الفكي بتورم فوق الجيب. نوقشت تورمات الفك في الصفحة 288. يتظاهر انسداد الوريد الأجوف العلوي بوذمة وجهية، وانصباب واحتقان ازرقاقي للوجه. افحص الصدر.

■ **وعائي:**

يتظاهر الخثار في الوريد الأجوف العلوي بشكل مشابه للانسداد. سوف يوجد في خثار الجيب الكهفي وذمة واحمرار وتورم حول الحجاج، ينتشر لباقي الوجه. سوف يوجد الجحوظ. تحرًّ خزل الأعصاب القحفية الثالث والرابع والسادس. سوف يكون المريض عادة مصاباً بالحمى ومتعباً.

■ **الصماوي:**

يوجد في متلازمة كوشينغ وجه بدري وعادة توجد المظاهر الأخرى مثل الفزر وحدبة الجاموس واعتلال العضل الداني. يوجد في الفدامة وجه مسطح عريض وعينان متباعدتان، ولسان متبارز من الفم. يوجد في ضخامة النهايات وجه ضخم مع فرط نمو للأنسجة الرخوة في الوجه والأنف والشفاه واللسان. لدى المريض أيدٍ ضخمة وفك ضخم متبارز (الفقم).

■ **استقلابية:**

يحدث التورم عادة حول العينين في القصور الكلوي. يمكن أن يوجد أيضاً وذمة محيطية وارتفاع ضغط شرياني. يوجد عادة تصبغ ليموني برونزي في الجلد في القصور الكلوي المزمن.

■ **الأدوية:**

تعطي المعالجات بالستيروئيدات مظهراً مشابهاً لمتلازمة كوشينغ (انظر سابقاً).

■ **أخرى:**

يوجد في التفاعلات التحسسية غالباً تورمات في العينين والشفاه والوجه، مع شرى في مناطق آخرى من الجسم. يمكن أن تحدث وذمة حنجرية وتشنج قصبي. تشخص الوذمة الوعائية العصبية عادة من القصة. سوف يبدي الفحص تورمات في الأجفان والشفاء مع حس حرق وتهيج. يوجد في داء باجيت ضخامة في الجمجمة مع بروز قبو الجمجمة باتجاه الخارج فوق العينين. يمكن أن يحدث الصمم. أحياناً يوجد ضغط على الأعصاب القحفية. افحص الأعصاب القحفية. يمكن أن يحدث قصور قلب عالي النتاج.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دموي عام وسرعة تثفل:**

ينخفض الخضاب في الخباثة. وترتفع الكريات البيض في الإنتان، مثل التهاب الجيوب وخثار الجيب الكهفي. ترتفع سرعة التثفل في الإنتان والخباثة.

- **البولة والشوارد:**

ترتفع البولة والكرياتينين في القصور الكلوي.

- **صورة الجمجمة البسيطة:**

تظهر الكسور. التهاب الجيوب - كثافة جيبية. خباثة - كثافة جيبية وتآكل في العظم. أورام عظمية. داء باجيت- الحفرة النخامية- ضخامة النهايات، داء كوشينغ.

- **صور الصدر البسيطة:**

تظهر الورم المنصفي. سرطان قصبي بدئي مع إفراز غير ملائم للحاثة القشرية الكظرية مما يؤدي لحدوث متلازمة كوشينغ.

- **المسحة:**

زرع وتحسس- الإنتان مثل الحمرة، لدغات الحشرات.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **صورة اليد البسيطة:**

ضخامة النهايات.

- **الطبقي المحوسب:**

ضخامة النهايات. داء كوشينغ. الكسور. أورام المنصف. سرطان الجيوب الهوائية. أورام النكفة. خثار الجيب الكهفي.

- **تصوير الأقنية اللعابية Sialography:**

الحالات النكفية مثل حصاة في قناة النكفة.

- **اختبارات وظائف الدرق:**

الفدامة.

- **كورتيزول المصل:**

متلازمة كوشينغ.

- **اختبار تحمل السكر مع معايرة هرمون النمو:**

ضخامة النهايات.

FACIAL ULCERS القرحات الوجهية

معظم القرحات الوجهية خطيرة. القرحات الوجهية الخبيثة شائعة عند المرضى الذين يعملون في العراء، ويتعرضون للأشعة فوق البنفسجية. نوقشت آفات الشفاه في الصفحة 351، ولن ترد هنا.

الأسباب CAUSES:

رضية:

فيزيائية.

كيميائية.

إشعاعية.

التهاب جلد مفتعل.

اعتلال عصبي- مناطق مخدرة بعد جراحة بسبب ألم العصب مثلث التوائم.

اللدغ.

ورمية:

سرطان الخلية القاعدية (القرحة القارضة).

سرطان الخلية الشائكة.

الميلانوم الخبيث.

إنتانية:

الحلأ البسيط.

الحلأ النطاقى.

الشوكوم القرنى.

الإفرنجى (نادر):

ـــ القرح.

ـــ الصمغة.

اللايشمانية (نادر).

أخرى:

تقيح الجلد المواتي.

القصة HISTORY:

يجب أن نسأل عن قصة رض. يمكن أن تكون خفيفة جداً بقدر خدش نقطي. ينتج التهاب الجلد المفتعل عن إيذاء الذات والذي يمكن أن نشك فيه عند استبعاد الأسباب الأخرى. هل تعرض المريض لعلاج شعاعي في الماضي لتقترح وجود أسباب شعاعية؟. يمكن رض الجلد المخدر بسهولة. في حالة الوجه، يمكن أن يظهر الخدر بشكل تالٍ لجراحة عقدة مثلث التوائم في ألم العصب مثلث التوائم.

يعد تكهف البصلة سبباً نادراً للخدر الوجهي. اسأل عن قصة العض إما من قبل الحشرات أو الحيوانات أو الإنسان، والتي يمكن أن تصبح مخموجة و متقرحة. تتوضع القرحات الخبيثة عادة على المناطق المكشوفة من الوجه. اسأل عن عمل المريض. تكون الخباثة شائعة أكثر عند العمال الخارجيين المعرضين لضوء الأشعة فوق البنفسجية. تحدث معظم القرحات القارضة فوق الخط المرسوم من زاوية الفم إلى شحمة الأذن. ويُزداد حدوثها مع تقدم العمر. تكون التقرحات الخبيثة عادة غير مؤلمة ما لم تصبح مخموجة. يمكن أن تكون مصطبغة ويمكن أن توجد قصة تغير في شامة قديمة حتى نقترح وجود الميلانوم الخبيث. تتضمن هذه التبدلات: تبدل الحجم، تبدل اللون، زيادة التصبغ المترافقة بالنزف أو التقرح، أو الحكة، أو (الهالة) الالتهابية أو العقيدات التابعة، أو عقد لمفاوية ناحية مجسوسة.

قد ينتج الإنتان عن الحلأ البسيط الذي يمكن أن ينتشر من حول الشفاه أو الأنف. سوف يعاني المريض من منطقة حمراء حاكة حارقة تتشكل عليها الحويصلات وبعدها تتجلب وتتقرح. يمكن أن يظهر الحلأ النطاقي في توزع العصب مثلث التوائم. يسبق الألم التوعك والحمى بعدة أيام. تظهر الحويصلات لاحقاً ويمكن أن تتقرح. يعد الإفرنجي نادراً ويمكن أن يتظاهر إما بالقرح أو الصمغة (انظر آفات الشفاه- صفحة 351).

تنتقل اللايشمانيا بواسطة ذبابة الرمل. وتوجد قصة سفر إلى الهند أو أفريقيا أو الشرق الأوسط أو حوض البحر المتوسط. توجد قصة لدغ تترك حطاطة حاكة تؤدي إلى قرحة. يمكن أن ينتج الشوكوم القرني عن فيروس. وهو يشبه السرطان شائك الخلايا، لذلك هو بحاجة لتمييز حذر. وهو يحدث عند البالغين ككتلة سريعة النمو ذات مركز مملوء بالكيراتين. يستغرق نموه عادة 2-3 أسابيع ويشفى غالباً عفوياً بعده عدة أشهر. تقترح قصة الداء المعوي الالتهابي تقيح الجلد المواتي.

الفحص EXAMINATION:

■ القرحات السليمة:

تملك عادة حافة منحدرة، افحص الوجه لتحري الحس الطبيعي للألم والحرارة.

■ القرحات الخبيثة:

تملك السرطانة قاعدية الخلايا (القرحة القارضة)، عادة حافة مدورة مرتفعة لؤلؤية. يمكن أن تصبح ضخمة جداً وتغزو بالعمق وبشكل موضعي. لا تعطي نقائل ولذلك لا تتضخم العقد اللمفاوية المحلية ما لم تصب الآفة بالخمج. تتظاهر السرطانة شائكة الخلايا كآفة متقرحة ذات حافة مقلوبة. تحدث النقائل إلى العقد اللمفاوية الموضعية ويمكن أن تكون مجسوسة. يجب أخذ الحيطة في تمييز السرطان شائك الخلايا عن الشوكوم القرني، الذي هو حطاطة سليمة سريعة النمو محددة لنفسها، بمركزها سدادة كيراتينية (تشبه بركاناً صغيراً مع فوهته). تختلف الميلانومات الخبيثة في اللون من البني الوردي إلى الأسود. يمكن أن تبدي لوناً أرجوانياً ناتجاً عن التروية الدموية الغزيرة. يمكن أن توجد (هالة) وردية بنية حول الآفة، ويمكن أن توجد عقيدات (تابعة). يمكن للعقد اللمفاوية الموضعية أن تتضخم ويمكن أن تحدث النقائل الباكرة إلى الكبد ولذلك يجب فحص المريض بحثاً عن ضخامة الكبد.

■ الإنتانية:

تشاهد الآفات الوصفية للحلأ البسيط حول الشفاه والأنف. عند المرضى المثبطين مناعياً، يمكن أن تندمج هذه الآفات وتصبح مخموجة. يمكن أن يميز الحلأ النطاقي العيني بتوزعه الوصفي في الفرع العيني من العصب مثلث التوائم. يمكن أن يؤثر على القرنية. يبدأ القرح الإفرنجي كبقعة، تغدو قرحة قاسية غير مؤلمة، والتي تكون معدية جداً. يتطور سريعاً ويترافق مع ضخامة في العقد اللمفاوية الموضعية. تعد الصموغ الحادثة على الوجه غير شائعة. تظهر كقرحة ناتئة مع قاعدة Wash - Leather. تظهر اللايشمانيا الجلدية (حبة الشرق) في مكان لدغة ذبابة الرمل، حيث تبدأ كحطاطة حاكة يمكن أن تنفصل عنها القشور، تاركة قرحة ذات حواف عميقة بشكل عمودي. يتظاهر تقيح الجلد المواتي بعقيدة أو بثرة تتقرح ذات حواف ممضة محمرة مزرقة نخرية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التعداد الدموي العام، سرعة التثفل:**

ترتفع الكريات البيض في القرحة المخموجة. ترتفع سرعة التثفل في الخباثة والإفرنجي.

- **اختبارات وظائف الكبد:**

يمكن أن ترتفع الفوسفاتاز القلوية في النقائل الكبدية مثل الميلانوم الخبيث.

- **المسحة:**

زرع وتحسس من القرحة المخموجة. الفحص المجهري بالمجهر ذي الساحة العاتمة بحثاً عن اللولبية الشاحبة.

- **الخزعة:**

السلامة مقابل الخباثة. الشوكوم القرني مقابل السرطان الشائك الخلايا. في حالة الميلانوم الخبيث يتطلب إجراء خزعة استئصالية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **اختبار مخبر الأمراض الزهرية VDRL:**

الإفرنجي.

- **رشف الآفة:**

اللايشمانيا- يمكن أن تشاهد متعضية الأوالي بالمجهر بواسطة رشف السائل من حافة القرحة.

- **الزرع الفيروسي:**

الحلأ البسيط والحلأ النطاقي (نادراً ما يحتاج - يكون التشخيص عادة واضحاً سريرياً).

- **عيار الأضداد:**

الحلأ البسيط، الحلأ النطاقي (نادراً ما يحتاج - يكون التشخيص عادة واضحاً سريرياً).

السلس الغائطي FAECAL INCONTINENCE

يعني السلس الغائطي فقدان السيطرة الإرادية على إمرار البراز من الشرج. يحدث تلوث الملابس بالبراز، والذي يحرج المريض اجتماعياً. إن أي آلية مرضية تتداخل مع الإحساس المستقيمي أو تؤثر على الوظيفة العضلية المستقيمية الشرجية يمكن أن تسبب السلس. على أي حال، يمكن أن يحدث السلس بوجود معصرات وأرض حوضية طبيعية، كما في الإسهال الشديد.

الأسباب CAUSES:

معصرات وارضية حوضية طبيعية:

الإسهال الشديد مثل الإنتان، الداء المعوي الالتهابي،

الانحشار البرازي.

معصرات و / أو ارضية حوضية شاذة:

الولادية: تشوهات شرجية مستقيمية.

القيلة السحائية النخاعية.

المكتسبة:

الرضية: الطبية:

ـ جراحة المعصرة الداخلية. مثل توسع الشرج أو خزع المعصرة.

ـ جراحة نواسير الشرج.

ـ التوليدية - الولادة الرضية.

الكسور الحوضية.

الخوزقة (السقوط على وتد).

العصبية: الأذيات الشوكية.

الأورام الشوكية.

اعتلال الأعصاب المحيطية.

السكتة.

العته.

التصلب اللويحي العديد.

ناسور الشرج.

أخرى: الانسدال المستقيمي.

السرطان المستقيمي الشرجي الواسع.

العلاج الشعاعي.

الحبيبوم اللمفاوي الزهري.

القصة HISTORY:

هل يوجد قصة رض مثل كسور حوضية، أذيات الخوزقة ؟ السبب الأشيع للسلس البرازي يحتمل أن يكون التهاب المعدة والأمعاء. تكون القصة واضحة. يمكن أن تكون قصة الداء المعوي الالتهابي معروفة بسهولة. يمكن معرفة العوامل الهامة الأخرى في القصة، وهي جراحة شرجية مستقيمية حديثة، أو ولادة صعبة حديثة – ذات مخاض طويل الفترة، أو ولادة بالملقط، أو ولادة عنيفة، أو تمزقات عجانية، أو خزع الفرج. الاستعداد لوجود اعتلال أعصاب محيطية مثل الداء السكري أو عوز الفيتامين B_{12}، أو الكحولية أو الأدوية. يمكن أن تقترح قصة الإمساك وجود الانحشار البرازي. تكون قصة وجود سكتة حديثة أو عته أو مرض عصبي واضحة.

الفحص EXAMINATION:

يمكن أن يظهر تلوث الملابس الداخلية بالفحص. سوف يظهر فحص المستقيم الإصبعي أي نقص في مقوية الشرج، وعدم القدرة على المحافظة على التقلصات الإرادية. كما يمكن أن يظهر عيوب الحلقة الشرجية المستقيمية. يمكن أن يكون الانحشار البرازي واضحاً بشكل جيد أيضاً على فحص المستقيم بالإصبع. هل يوجد أي دليل على رض أو إنتان؟ يمكن أن يكون الانسدال المستقيمي ظاهراً أو يهبط أثناء الكبس. ابحث عن دليل على ناسور في الشرج أو سرطان مستقيمي شرجي واسع. الفحص العصبي الكامل يكون غالباً ضرورياً.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التعداد الدموي العام، سرعة التثفل:**

فقر الدم كبير الكريات يمكن أن يترافق مع عوز الفيتامين B_{12} (اعتلال الأعصاب المحيطية).

- **اختبارات وظائف الكبد:**

تختل في الكحولية والتي يمكن أن تكون سبب لاعتلال الأعصاب المحيطية.

- **سكر الدم:**

اعتلال الأعصاب في الداء السكري.

- **تنظير السين:**

الخزعة.

- **تنظير المستقيم:**

الخزعة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **ايكو داخل الشرج:**

يمكن أن يظهر عيب في عضلية المستقيم والشرج.

- **مقياس ضغط الشرج والمستقيم:**

يمكن أن يبين سبب السلس.

- **تخطيط العضلات الكهربي.**

- **المرنان:**

عيوب عضلية المستقيم والشرج. خباثة حوضية.

أورام شوكية.

FINGER LESIONS أذيات الإصبع

إن الأذيات التي تصيب الأصابع أصبحت شائعة، والأصابع تمثل أعضاء هامة للمس، وبإصابتها تضعف وظيفة اليد. آفات الإصبع المؤلمة، يتم التعرف عليها في الصفحة 178.

الأسباب CAUSES:

ولادية:

غياب إصبع.

زيادة إصبع.

التحام الأصابع.

مكتسبة:

رضية / تنكسية:

تقفع دوبيتران.

إصبع الزناد.

إصبع المطرقة.

تشوه عنق الإوزة.

تشوه عروة الزر.

عقد هيبردن.

تنشؤية:

ورم قتاميني تحت الظفر.

ورم غضروفي ظاهر.

القصة المرضية HISTORY:

■ **ولادية:**

يمكن التعرف على هذه الآفات عند الولادة، والتي يمكن أن تترافق مع تشوهات ولادية أخرى.

■ **مكتسبة:**

رضي / تنكسي:

تقفع دوبيتران: في المراحل الباكرة يعاني المريض فقط من عقيدة تظهر في راحة اليد بالقرب من إصبع البنصر. وفي نهاية الأمر يعاني المريض من عدم القدرة على المد

الكامل للمفصل السنعي السلامي لإصبع البنصر ولإصبع الخنصر فيما بعد. مما يؤثر على قبضة المريض. وقد تكون هناك قصة عائلية، ويجب البحث أيضا عن قصة صرع أو تشمع كبدي أو سكري.

إصبع الزناد: يعاني المريض من قفزان أو طقطقة في إصبعه عند الحركة، ومن الممكن أن يثبت الإصبع في وضع الثني ولا يوجد عادة أي قصة لأذية ما.

إصبع المطرقة: ينتج عن أذية لوتر العضلة الباسطة للسلامية الانتهائية، وعادة ما تكون هناك قصة لأذية ما، ويحدث ذلك عند ارتطام ذروة الإصبع أثناء الانبساط الفاعل، مثل: الامساك بكرة الكريكيت. ويتخذ الإصبع الوضعية التي تكون فيها السلامية القاصية مثنية.

تشوه عنق الإوزة: يشكو المريض من تشوه يصيب القسم البعيد من الإصبع.

تشوه عروة الزر: ويكون التشوه عكس ما هو عليه في تشوه عنق الإوزة، حيث إن المريض يشكو من تشوه يتناول القسم البعيد من الإصبع فحسب.

عقد هيبردن: يشكو المريض من تورم يتوضع بقرب مفاصل الإصبع القاصية، أي: تورم وتشوه البراجم، وتكون هناك قصة لالتهاب العظم والمفاصل في مكان آخر.

تنشؤية:

ورم قتاميني تحت الظفر: يحدث هذا كآفة تصبغية تحت الظفر، ولا تكون هناك قصة لرض كالورم الدموي تحت الظفر، والذي يمكن أن يظهر متصبغاً أيضاً عندما تتعضى الكدمة. وبخلاف الورم الدموي تحت الظفر، فإن الورم القتاميني لا ينمو للخارج مع الظفر، وفي النهاية فإن الورم القتاميني يمكن أن يرفع الظفر ويتقرح.

الورم الغضروفي الظاهر Ecchondroma: يلاحظ المريض تورماً قاسياً عظمياً على امتداد الإصبع، ويمكن أن يحدث ذلك تحت الظفر وينتج عنه تشوه في الظفر.

الفحص EXAMINATION:

■ الولادية:

يكون الشذوذ الولادي للأصابع واضحاً عند الولادة، وهنا يجب البحث عن شذوذات ولادية أخرى مرافقة.

■ **المكتسبة:**

الرضية / التنكسية:

تقفع دوبيتران: يمكن أن يظهر الفحص فقط عقيدة صلبة في اللفافة الراحية قرب قاعدة إصبع البنصر، وإن تجعد جلد الراحة يمكن أن يكون واضحاً. وفي نهاية الأمر يصبح كل من المفصل السنعي السلامي والمفصل الداني بين السلاميات منعطفاً. وينسحب البنصر وهو الأكثر تأثراً نحو الأسفل باتجاه الراحة. ويبقى المفصل القاصي بين السلاميات منبسطاً. ويجب الفحص للتأكد من وجود علامات السكري وأمراض الكبد، وأحياناً يمكن أن تترافق هذه الحالة مع داء بيروني في القضيب.

إصبع الزناد: قد يكون المريض قادراً على أن يوضح كيف يمكن للإصبع أن يتثبت ثم يفلت فجأة إلى وضع الانبساط. ويمكن الشعور بثخانة الوتر وغمد الوتر فوق رأس العظم السنعي.

إصبع المطرقة: تبقى السلامية البعيدة للإصبع المتأثرة منعطفة 20 درجة تقريباً عندما يحاول المريض أن يجعل الإصبع مستقيماً.

تشوه عنق الإوزة: هو فرط بسط المفصل بين السلاميات الداني وعطف المفصل بين السلاميات البعيد.

تشوه عروة الزر: يعاكس تشوه عنق الإوزة حيث ينعطف المفصل بين السلاميات الداني مع فرط بسط في المفصل بين السلاميات القاصي. يحدث ذلك عندما يبرز المفصل بين السلاميات الداني من خلال الشق الحادث في منتصف امتداد العضلة الباسطة.

عقد هيبردن: هناك تورمات عظمية في السطح الظهري للأصابع تماماً إلى بعد مفصل بين السلاميات القاصي.

التنشؤي:

الورم القتاميني تحت الظفر: يشاهد الورم ***القتاميني*** تحت الظفر كآفة بنية اللون بحواف غير واضحة، وأحياناً يمكن أن يكون منتشراً إلى حدٍ بعيد بحيث يرفع الظفر.

الورم الغضروفي الظاهر: هو تورم قاسٍ غير مؤلم على العظم، وعادةً ما يكون سطحه أملساً، ويمكن أن يحدث تحت الظفر وقد يرفعه.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

إن تشخيص معظم هذه الآفات يتم بالفحص السريري وحده.

- **تعداد الدم وسرعة التثفل:**

ينخفض الخضاب وترتفع سرعة التثفل في الخباثة المنتشرة من الورم القتاميني تحت الظفر.

- **سكر الدم:**

في السكري (دوبيتران).

- **اختبار وظائف الكبد LFTS:**

في التشمع الكبدي (دوبيتران).

- **العامل الريثاني:**

في التهاب المفصل الريثاني- تشوه عنق الإوزة. تشوه عروة الرز.

- **الصورة الشعاعية البسيطة للإصبع:**

تظهر عقد هيبردن. الورم الغضروفي.

- **الخزعة:**

الخزعة الاستئصالية للورم القتاميني الخبيث.

FINGER PAIN ألم الإصبع

إن ألم الإصبع هو عرض أولي شائع، ويمكن أن يتراوح من كونه آفة موضعية واضحة إلى جزء من مرض معمم مثل التهاب المفاصل الرثياني. وإن الضعف في الوظيفة ولو لإصبع واحد قد يضعف وبشكل كبير وظيفة اليد ككل.

الأسباب CAUSES:

الرضي:

الكسور.

الورم الدموي تحت الظفر.

التهابي / إنتاني:

الداحس.

إنتان الحيز اللبي.

إنتان غمد الوتر.

تنشؤي:

ورم كبي.

ورم عظمي.

نقائل في العظم (نادر).

تنكسي:

التهاب مفاصل رثياني.

وعائي:

الشرث.

أمراض الأوعية الصغيرة:

ـ ظاهرة رينو.

ـ داء برغر.

ـ السكري.

ـ الصمة.

استقلابي:

النقرس.

مناعي ذاتي:

تصلب الجلد.

الألم الرجيع:

الآفات الرقبية.

القصة المرضية HISTORY:

■ **الرضي:**

تكون هناك قصة لرض وغالباً ما تكون أذية هارسة، وينتج الورم الدموي تحت الظفر من الاحتباس في الظفر، وهو مؤلم بشدة حيث إن الكدمة تنشأ بين الظفر وسريره.

■ **التهابي / إنتاني:**

الداحس:

يظهر كبقعة ممضة ومؤلمة قريبة من الظفر، وهو ينبض ويجعل المريض مستيقظاً. وقد يكون هناك قصة لثقب الجلد حول الظفر، ويمكن أن ينزح القيح من جانب الظفر.

إنتان الحيز اللبي:

يحدث في الحيز اللبي لذروة الإصبع، ويمكن أن يكون هناك قصة أذية ثاقبة، مثل ثقب بجسم حاد. ويكون هناك ألم واحمرار وتورم ونبضان في الإصبع.

إنتان غمد الوتر:

قد تكون هناك قصة لجرح ثاقب مباشر أو إنتان حيز لبي سابق وممتد إلى غمد الوتر. يظهر لدى المريض ألم ومضض واحمرار في إصبعه مترافق بعطف خفيف في المفصل بين السلامي والمفصل السنعي السلامي.

■ **التنشؤي:**

الورم الكبي:

هي آفة نادرة ولكنها مؤلمة جداً، ويشكو المريض من ألم شديد في كل مرة يتم بها لمس الظفر. والمكان الأشيع يكون تحت الظفر.

أورام العظم البدئية والثانوية:

وهي نادرة في السلاميات. ويحدث التورم والألم وقد تكون هناك قصة ورم بدئي مثل: الثدي أو القصبات أو الدرق أو الكلية أو الموثة.

■ التنكسي:

التهاب المفاصل الرثياني:

يظهر بشكل أشيع عند النساء من الرجال، والأعراض الاعتيادية هي الألم والتورم واليبوسة في الأصابع، ويمكن أن يحدث توعك عام، ويمكن أن يشكو المريض من تشوهات في الأصابع.

■ وعائي:

الشرث:

إن أبسط المشاكل الوعائية التي تؤثر على الأصابع هي الشرث، وتتأثر النساء بشكل أكبر من الرجال. ويشكو المريض من تورم على جوانب أو ظهر الأصابع، والذي يتطور بسرعة بعد التعرض للبرد. وتكون الآفة مؤلمة وحاكة، والآفة عادةً متعددة، وتحدث بشكل أشيع في الشتاء.

أمراض الأوعية الصغيرة:

يُنتج الإقفار ألماً أو تغيراً في اللون، أو تقرحاً، أو مواتاً صريحاً. يشكو المريض من بداية مفاجئة للبرودة والألم في الإصبع، أو يمكن أن يظهر مواتاً صريحاً. ويمكن أن تكون هناك قصة لظاهرة رينو، أو داء برغر، أو سكري، أو تصلب جلد. وقد يكون هناك مرض قلبي أو مرض وعائي محيطي، أو ضلع رقبية مما يشير إلى وجود الانصمام.

في ظاهرة رينو غالباً ما يكون هناك تغيرات وصفية لبداية مفاجئة، لشحوب يتحرض بالتعرض للبرد، يتبعه ظهور زرقة متبوعة بتوسع وعائي مفاجئ مترافق بألم واحساس بوخز واحمرار في الإصبع.

■ استقلابي:

النقرس:

عادةً ما يؤثر النقرس على المفصل MTP الأول ولكنه يمكن أن يؤثر على أي مفصل. يشكو المريض من بداية مفاجئة لألم وتورم واحمرار في المفصل، وقد تكون هناك قصة سابقة للنقرس، وقد توجد قصة عائلية. إن الهجمة يمكن أن تتحرض

بوجود رض أو مخمصة أو إنتان أو مدرات بولية، أو الأدوية الكابتة للمناعة، والسامة للخلايا . ومن الممكن أن تظهر التوفات النقرسية (Gouty Tophi).

■ **مناعي ذاتي:**

تصلب الجلد:

تصاب الإناث أكثر من الرجال، وقد يكون هناك تثخن في الأصابع، ويمكن أن يشكو المريض أيضاً من ظاهرة رينو وتشققات، أو تقرحات في ذروة الأصابع. وقد يكون هناك تغير، في مظهر الوجه. ويمكن أن يشكو المريض من عسرة بلع.

■ **الألم الرجيع:**

الآفات الرقبية:

يمكن أن يشكو المريض من ألم وإحساس بوخز في الأصابع، وقد يكون هناك قصة قسط رقبي أو مشاكل سابقة أخرى في العمود الفقري الرقبي.

الفحص EXAMINATION:

■ **الرضي:**

إن التشوه والاحمرار والتورم، يشير إلى حدوث كسر، وأما احتباس الظفر أو أي ضربة عليه، فسوف تسبب تجمع الدم تحت الظفر. والتشخيص عادةً ما يكون واضحاً من خلال القصة ويعاني المريض من ألم شديد.

■ **التهابي / إنتاني:**

الداحس:

يكون الجلد في قاعدة وجانب الظفر أحمر ولماع ومنتفخ. ويمكن مشاهدة قطرة من القيح وهي تنزح من تحت الظفر.

إنتان الحيز اللبي:

يكون هناك تورم واحمرار فوق لب الظفر، ويمكن مشاهدة نفاطة مملوءة بالقيح، وإذا لم يتم التخلص من التوتر بسرعة فإن الآفة يمكن أن تنزح إلى غمد الوتر أو تسبب تنخراً ناجماً عن الضغط والتهاب عظم ونقي للجزء البعيد من السلامى البعيدة.

إنتان غمد الوتر:

إن الإصبع يكون مؤلماً بشكل حاد ويأخذ وضعية عطف خفيف، ويكون هناك احمرار وتورم وإيلام شديد على طول امتداد غمد الوتر.

■ **التنشؤ:**

الأورام الكبية:

وهي أورام نادرة، وهي عبارة عن أورام وعائية عصبية عضلية، وعندما يحدث الورم تحت الظفر (وهو المكان الأكثر شيوعاً)، تظهر بقعة حمراء أرجوانية صغيرة تحت الظفر.

الأورام البدئية والثانوية:

وهي أورام نادرة، ويكون هناك تورم عظمي مجسوس، وقد يكون ممضاً أو غير ممض.

■ **التنكسي:**

التهاب المفاصل الرثياني:

تتضخم مفاصل الأصابع وتصبح مغزلية، وتحدث تشوهات في المفاصل، مع الانحراف الزندي عند الرسغ، وفرط البسط للمفاصل بين السلامية القريبة، ويكون هناك ضمور لعضلات اليد.

■ **وعائية:**

الشرث:

تحدث عادة في ظهر وجانب الأصابع ويكون الجلد فوق التورم أزرق - محمر، والتورمات تكون توذمية ويمكن أن تنفجر أو تتقرح وعادة ما يكون هناك شرث في الكاحل والقدم بالإضافة للأصابع.

أمراض الأوعية الصغيرة:

عند مرضى الإقفار يكون هناك شحوب أو زرقة أو حتى مواتاً صريحاً في الإصبع، وقد تكون قرحات الإقفار واضحة على أطراف الأصابع، ويمكن أن يحدث ضمور في لب الأصابع، ويجب جس الضلع الرقبية وفحص النبض لتحري الرجفان الأذيني (الصمات).

■ **استقلابي:**

النقرس:

يحدث التهاب حاد للمفصل، ويصبح الجلد متوتراً ولماعاً وحاراً وأحمراً فوق المفصل، وإن وجود التوفات النقرسية موضعياً أو في مكان آخر مثلاً على الأذن يوحي بالتشخيص.

■ **مناعي ذاتي:**

تصلب الجلد:

يكون لجلد اليدين مظهر متثخن شمعي أبيض، وتظهر الأصابع متورمة مع جلد متثخن بينما قد يكون لب الأصابع ضامراً، ومن الممكن جس عقيدات قاسية تحت الجلد. ومرد ذلك يعود إلى الداء التكلسي، وبالبحث عن علامات أخرى لتصلب الجلد، قد نجد أن جلد الوجه يبدو مشدوداً ولامعاً، ويتجعد حول الفم. وقد يوجد توسع عديد في الأوعية الشعرية على الوجه، كما قد توجد علائم نقص الوزن الناجم عن عسرة البلع.

■ **الألم الرجيع:**

القسط الرقبي:

افحص الإحساس في الأصابع ومدى حركات العنق والمنعكسات في الطرف العلوي.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد عام للدم وسرعة التثفل:**

ينخفض الخضاب في فقر الدم الناجم عن المرض المزمن، مثل: التهاب المفاصل الرثياني، وترتفع الكريات البيض مثلاً في إنتان غمد الوتر، وترتفع سرعة التثفل مثلاً في التهاب المفاصل الرثياني.

- **البولة والشوارد:**

ترتفع البولة والكرياتينين في القصور الكلوي المزمن، والذي يمكن أن يترافق مع النقرس أو تصلب الجلد.

- **العامل الرثياني:**

في التهاب المفاصل الرثياني.

- **سكر الدم:**

في السكري.

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

في الرجفان الأذيني- الصمات.

- **الصورة الشعاعية البسيطة لليد:**

في التهاب المفاصل الرثياني وآفات العظم وإنتان الحيز اللبي - تنخر ناجم عن الضغط في التهاب العظم والنقي في الجزء البعيد من السلامى البعيدة.

- **الصورة الشعاعية البسيطة للمدخل الصدري:**

الضلع الرقبية - ظاهرة رينو، الصمات.

- **الصورة الشعاعية البسيطة للعمود الفقري الرقبي:**

في القسط الرقبي مع الألم الرجيع.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **حمض البول المصلي:**

في النقرس.

- **مسح الأضداد الذاتية:**

في أمراض المناعة الذاتية.

- **الراصات البردية:**

في مرض رينو.

- **تصوير القلب بالأمواج فوق الصوتية:**

في المرض القلبي- الانصمام.

- **تصوير الشرايين:**

في الآفات الشريانية، والخثرة الجدارية من أمهات الدم التي تؤدي إلى صمات، والأمراض الوعائية المحيطية.

FOOT DEFORMITIES تشوهات القدم

وهي غير شائعة، وغالباً ما تكون هذه التشوهات واضحة عند الولادة ولكنها لا تظهر أحياناً حتى يبدأ الطفل بالمشي. وإنّ تشوه القدم والكاحل يشار إليه عادة باسم الحنف. وهناك أسماء أخرى يمكن أن تطلق على الحنف، مثل: الفحج (انقلاب العقب للداخل) والروح (انقلاب العقب للخارج) والقفد (أخمص القدم المنعطف).

تشوهات الأبخس يتم معالجتها في آفات الأبخس (الصفحة 487).

الأسباب CAUSES:

القفد الفحجي (القدم القفداء الولادية).

القدم المسطحة.

القدم المقوسة:

مجهول السبب.

اعتلال عصبى.

اضطراب تشنجى.

الشوك المشقوق.

الشوك المشقوق الخفى.

التهاب سنجابية النخاع.

داء شاركوت – ماري – توث (Charcot-Marie-Tooth) (ضمور عضلى شظوى).

رنح فريدرايخ.

حنف مكتسب:

المحرك العلوى: خزل تشنجى.

أذية في العصبون: حادث وعائى دماغى.

أذية في العصبون المحرك السفلي: التهاب سنجابية النخاع.

الشوك المشقوق.

التصلب الجانبى الضمورى العضلى.

آفات مخيخية.

رنح فريدرايخ.

مرض عضلى: حثل عضلى.

تقفع نقص التروية لفولكمان.

الرض:

الكسور.

الحروق.

القصة المرضية HISTORY:

■ القفد الفحجي:

يكون واضحاً عند الولادة، حيث يولد الطفل مصاباً بحنف القدم، ويتم التعرف عليه بالفحص الروتيني بعد الولادة.

■ القدم المسطحة:

كل الأطفال يملكون قدماً مسطحة ولا تتطور الأقواس بشكل كامل حتى عمر العاشرة، ويمكن أن يلاحظ الوالدان مشية غير طبيعية، وربما يلاحظون اهتراءاً سريعاً للأحذية، ويكون الألم نادر الحدوث.

■ القدم المقوسة:

نجد بروزاً للقوس الطولانية للقدم، وقد يكون هناك ألم وعدم ارتياح، ويمكن ملاحظة الحالة عن طريق الوالدين. قد لا يكون هناك سبب معين، ولكن قد تكون هناك قصة شوك مشقوق أو شوك مشقوق خفي أو التهاب سنجابية النخاع، ونادراً ما نجد رنح فريدرايخ والذي يكون لهُ قصة عائلية أو داء شاركوت – ماري – توث والذي يبدأ عند البلوغ بهبوط القدم وضعف في الساقين.

■ الحنف المكتسب:

هناك العديد من الأسباب والتي تؤدي إلى الحنف المكتسب والتي تشمل آفات العصبون المحرك العلوي والسفلي. ويجب التأكد من وجود قصة شلل تشنجي أو حادث وعائي دماغي، أو شوك مشقوق، أو التهاب سنجابية الدماغ، وقد يكون هناك قصة عائلية لرنح فريدرايخ.

وقد يكون من المعروف أن لدى المريض حثلاً عضلياً، وفي تقفع نقص التروية لفولكمان نجد قصة نقص تروية الربلة مثل: أذية الشريان المأبضي الناتج عن كسر الفخذ فوق اللقمتين.

■ الرض:

يكون هناك قصة واضحة لرض أو حرق أدى إلى تقفعات.

الفحص EXAMINATION:

■ **القفد الفحجي:**

عادة ما يكون واضحاً عند المولود حديثاً، حيث يكون هناك تشوه قفدي أي، سحب مؤخر القدم للأعلى مع انشداد وتر آشيل، وفي تشوه الفحج يتجه وجه أخمص القدم للداخل ويكون هناك تقريب لمقدم القدم. تكون الحافة الداخلية لمقدم القدم مقعرة وتتجه للأعلى.

■ **القدم المسطحة:**

القوس الطولانية مسطحة والحافة الأنسية للقدم تستقر على الأرض.

■ **القدم المقوسة:**

إن ارتفاع القوس واضح عيانياً، ونجد الأباخس مخلبية نتيجة فرط الانبساط في المفصل المشطي السلامي MTP والعطف في المفاصل بين السلاميات IP. والمريض لا يتمكن من مد الأباخس وعادة ما تتطور أثفان تحت رؤوس أمشاط القدم. تأكد من وجود الشوك المشقوق والشوك المشقوق الخفي (بقعة مشعرة فوق العمود الفقري القطني) والتهاب سنجابية النخاع. في داء شاركوت – ماري – توث يكون هناك هبوط للقدم وكذلك ضمورٌ في العضلات الشظوية. في رنح فريدرايخ يكون هناك علامات أخرى مثل: رنح، ورتة، ورأراة.

■ **الحنف المكتسب:**

افحص وجود آفات العصبون المحرك العلوي والعصبون المحرك السفلي. رنح فريدرايخ (انظر في الأعلى). تقفع نقص التروية لفولكمان سيبدي تصلب وضمور عضلات الربلة مع أخذ القدم شكل المخلب.

■ **الرض:**

إن التشوه يعتمد على نوع الرض وشدته، وإن التندبات والتقفعات الناتجة عن الحروق تكون واضحة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

إن التشخيص لكل الحالات في الأعلى تقريباً يعتمد على القصة المرضية والفحص السريري.

- **الصورة الشعاعية البسيطة للقدم:**

يمكن أن تساعد في تقييم الحالة.

ألم القدم FOOT PAIN

إن ألم القدم شكوى شائعة، والقسم الأكبر من الأسباب يتعلق إما بمشاكل الوضعة أو بالتهاب المفاصل.

الأسباب CAUSES :

الرض:

الكسور:

- الكسور الجهدية.

خمجي:

التهاب الهلل.

التهاب العظم والنقى.

التهاب المفاصل القيحي.

التهابي:

التهاب المفاصل الرثيانى.

التهاب اللفافة الأخمصية.

داء رايتر.

التهاب العظم والغضروف للعظم الزورقي (داء كوهلر).

التهاب العظم والغضروف لرأس المشط (داء فرايبرغ).

وعائي:

نقص التروية.

التقرحات.

استقلابي:

النقرس.

تنكسي:

التهاب العظم والمفاصل.

القدم المسطحة.

تشوهات أخرى في القدم (انظر الصفحة 185).

اسباب أخرى:

الألم المشطى.

الألم المشطي لمورتون.

الثآليل الأخمصية.

الأثفان Corns والأشثان Callosities.

الألم الرجيع، مثل آفات القرص والاعتلالات العصبية.

القصة المرضية HISTORY:

■ الرضي:

قصة الرض مثل سقوط جسم ثقيل على القدم أو أذيات الهرس أو التعب أو الكسور الجهدية والتي يمكن أن تحدث بالمشي الطويل مثل مسير الجنود. ويمكن أن ينتج عن ذلك ألم شديد، وعادة ما تؤثر على المشط الثاني.

■ الخمجي:

إن التهاب الهلل يمكن أن يحدث بعد جرح ثاقب مثل الدوس على مسمار أو لسعة حشرة، وعادة ما تكون القصة واضحة. ويظهر لدى المريض ألم واحمرار وتورم في القدم. وإن التهاب العظم والنقي مرض نادر، ولكن يمكن أن يتبع خمجاً منقولاً عن طريق الدم، مثلاً: بالسالمونيلا أو الخمج الموضع وخاصة عند السكريين. ويوجد هناك ألم ومضض وتورم واحمرار فوق العظم المتأثر. وإن التهاب المفاصل القيحي نادر الحدوث، ويتظاهر بألم واحمرار وتورم في المفصل.

■ الالتهابي:

تشارك إصابة القدم بالتهاب المفاصل الرثياني بشكل شائع، وتكون التشوهات متعددة وشديدة في المراحل المتأخرة، وعادةً ما توجد علامات لالتهاب المفاصل الرثياني في مناطق أخرى. ويسبب التهاب اللفافة الأخمصي الألم تحت العقب، وغالباً ما يكون المريض في أواسط العمر، وقد يترافق أيضاً بداء رايتر، ونجد أن الألم أسوأ عند الوقوف بعد فترة من الراحة. ويمكن أن يؤثر التهاب العظم والغضروف على رأس المشط الثاني (داء فرايبرغ) أو على العظم الزورقي (داء كوهلر) ويحدث الألم والمضض والتورم تبعاً للعظم المتأثر.

■ **وعائي:**

قد توجد قصة عرج متقطع يتطور إلى ألم أثناء الراحة ناتج عن نقص التروية. ويعاني المريض من ألم شديد في القدم، ويحدث الألم عادة ليلاً عندما يكون المريض في السرير، ويخف الألم بتعليق القدم خارج السرير. ويمكن أن يشكو المريض من تقرحات وتغير في لون القدم، وقد تكون الغانغرينا واضحة. يجب التأكد من وجود قصة للتدخين أو السكري.

■ **استقلابي:**

يؤثر النقرس بشكل تقليدي على المفصل المشطي السلامي (MTP) الأول ولكن يمكن أن يؤثر على المفاصل الأخرى من القدم، ونجد أن هناك بداية حادة لألم واحمرار وتورم. وقد تكون هناك قصة سابقة. قد يؤهب لحدوث الهجمة المرض أو الجراحة أو الإنتان أو الأدوية مثل المدرات. وقد تكون هناك قصة ابيضاض دم أو احمرار دم أو معالجة كابتة للمناعة أو سامة للخلايا.

■ **تنكسي:**

قد يسبب كل من التهاب العظم والمفاصل أو القدم المسطحة أو تشوهات أخرى في القدم (انظر الصفحة 185) ألماً في القدم. ويسبب تصلب إبهام القدم Hallux Rigidus (أي التهاب العظم والمفصل البدئي للمفصل المشطي السلامي MTP للأبخس الكبير) ألماً ويبوسة.

■ **أسباب أخرى:**

يسبب الألم المشطي ألماً تحت رؤوس الأمشاط، وهو أكثر شيوعاً في الأعمار المتوسطة للإناث، وتثار الأعراض بالوقوف الطويل. وينتج الألم المشطي لمورتون عن ورم عصبي إصبعي، وهو غالباً ما يؤثر على العصب الذي يسير بين رؤوس الأمشاط الثالث والرابع، وهو أشيع في النساء بعمر 40-50 سنة. ويحدث الألم الحاد المتقطع والذي يمتد إلى الأباخس عادةً عند ارتداء الأحذية فقط. وتكون الثآليل الأخمصية مؤلمة، وعادةً ما يلاحظ المريض هذه الثآليل، وهي شائعة الحدوث في منطقة رؤوس الأمشاط والأبخس الكبير والعقب. الأثفان والأشثان والتي تظهر في نقاط الضغط قد تكون مؤلمة. وغالباً ما تترافق مع تشوهات القدم ويحدث الألم الرجيع إلى القدم نتيجة لآفات العمود الفقري ومن الممكن أن يكون لقصة الألم في الظهر والضعف في الذراع علاقة بذلك.

الفحص EXAMINATION:

■ **الرض:**

قد يظهر الألم أو المضض أو التورم أو التشوه أو الفرقعة في الكسور، وفي الكسور الجهدية قد يكون هناك إيلام موضعي ووذمة في ظهر القدم.

■ **الخمجي:**

قد يترافق التهاب الهلل والتهاب العظم والنقي والتهاب المفاصل القيحي مع حمى ودعث وتورم واحمرار وإيلام في القدم.

■ **التهابي:**

التهاب المفاصل الرثياني يمكن أن يترافق مع علامات في أماكن أخرى مثل: الأيدي، أما في القدم فقد يكون هناك قدم مسطحة وروح في الإبهام وأباخس مخلبية وتحت خلع في المفصل المشطي السلامي MTP. وفي التهاب اللفافة الأخمصية عادة ما يكون هناك إيلام موضع فوق السطح السفلي للعظم المتكلس. أما في داء رايتر فقد يكون هناك التهاب إحليل والتهاب ملتحمة، وفي داء فرايبرغ وداء كوهلر يظهر تورم ومضض فوق العظم المتأثر.

■ **الوعائي:**

ابحث عن علامات نقص التروية مثل: الشحوب وتشوش الحس وفقدان النبض والتقرحات والغانغرين.

■ **الاستقلابي:**

في النقرس نجد تورماً واحمراراً ومضضاً في المفصل المشطي السلامي MTP الأول، ويمكن أن تظهر التوفات النقرسية في مكان آخر.

■ **تنكسي:**

يتظاهر التهاب العظم والمفصل بألم ويبوسة مثل: تصلب الإبهام وقد تكون القدم المسطحة والتشوهات الأخرى واضحة (صفحة 185).

■ **أسباب أخرى:**

في الألم المشطي يوجد مضض تحت رؤوس الأمشاط، وقد تظهر الأثفان تحت رؤوس الأمشاط. وإن عصر مقدم القدم في الألم المشطي لمورتون قد يؤدي إلى ظهور

الأعراض، وعادة ما تكون الثآليل الأخمصية (Verruca Plantaris) واضحة، وتظهر كآفات مسطحة ومفرطة التقرن وتبدو مندفعة إلى داخل جلد أخمص القدم، وعلى العكس من الأثفان فإن الضغط فوقها يؤدي إلى الألم. وإذا تم الاشتباه بالألم الرجيع فيجب إجراء فحص عصبي كامل.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد عام للدم، سرعة التثفل FBC,ESR:**

ينخفض الخضاب في فقر دم المرض المزمن، مثل التهاب المفاصل الرثياني. وترتفع الكريات البيض في الإنتان، مثل التهاب الهلل والتهاب العظم والنقي، وترتفع سرعة التثفل في التهاب المفاصل الرثياني.

- **غلوكوز الدم:**

في السكري.

- **الصورة الشعاعية البسيطة للقدم:**

في الكسور (الكسر الجهدي قد لا يكون واضحاً حتى نصل إلى مرحلة تكون الدشبذ العظمي، لذلك نحتاج إلى إعادة إجراء الصورة الشعاعية). التهاب العظم والنقي - طبيعي في المراحل الباكرة، وتخلخل العظام، والعظم الجديد تحت السمحاق، والتشظي. والتهاب المفاصل الرثياني، والتهاب العظم والمفصل، والتهاب العظم والغضروف (أجزاء كثيفة من العظم) وتشوهات القدم.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **حمض بول المصل:**

في النقرس.

- **زرع الدم:**

في التهاب العظم والنقي.

- **تفريس العظم:**

في التهاب العظم والنقي.

- **التصوير الطبقي المحوسب CT:**

في آفات العمود الفقري – الألم الرجيع.

- **التصوير بالرنين المغناطيسي MRI:**

في آفات العمود الفقري– الألم الرجيع.

- **الدويلر المضاعف:**

في المرض الوعائي.

- **التصوير الشرياني:**

في المرض الوعائي، (موضع المرض) وتمييز أمراض الأوعية الكبيرة عن الصغيرة.

تقرحات القدم FOOT ULCERS

إن تقرحات القدم شائعة، وإن معظمها يكون من منشأ وعائي أو اعتلال عصبي.

الأسباب CAUSES:

وعائي:

أمراض الأوعية الكبيرة: التصلب الشرياني.
الانصمام.

أمراض الأوعية الصغيرة: السكري.
داء برغر.
داء رينو.
الانصمام.
التهاب الأوعية مثل: الذئبة الحمامية الجهازية والتهاب المفاصل الرثياني، وتصلب الجلد.

اعتلال عصبي:

آفات الأوعية المحيطية: السكري.
أذيات العصب المحيطي.
الجذام.
الكحولية.

آفات الحبل الشوكي: الشوك المشقوق.
التابس الظهري.
تكهف النخاع الشوكي.

التنشؤ:

السرطان شائك الخلايا.
الورم القتاميني الخبيث.

الرضي:

أحذية غير مناسبة.

خمجي:

قدم الماديورا Madura Foot (نادر).

(إصابة القدم بفطور الماديورا).

القصة المرضية HISTORY:

■ وعائي:

قرحات نقص التروية شائعة عند الكهول، وهي مؤلمة، ولا تنزف كثيراً، ولا تظهر أي علامات للشفاء، وغالباً ما يكون هناك قصة عرج متقطع وألم أثناء الراحة. تأكد من وجود قصة داء سكري. وفي المرضى الأصغر سناً فإن السكري وداء برغر وداء رينو يمكن أن يكون السبب. تأكد من وجود قصة مرض قلبي والذي قد يشير إلى وجود انصمام يؤدي إلى تقرحات ناتجة عن نقص التروية، وإن أمراض الشرايين القريبة مثل أم الدم يمكن أيضاً أن تسبب صمة.

■ الاعتلال العصبي:

يؤدي إلى تقرحات غير مؤلمة تحدث فوق نقاط الضغط، ويمكن أن يكون لدى المرضى قصة اعتلال عصبي، وقد يصف المرضى شعوراً بأنهم يمشون على القطن.

تأكد من وجود قصة سكري وآفات الأعصاب المحيطية. ويمكن لآفات الحبل الشوكي أن تكون موجودة أيضاً، وفي السكري نجد أن التقرح قد يترافق مع كل من نقص التروية أو الاعتلال العصبي.

■ التنشؤ:

من الممكن حدوث التقرحات الخبيثة في القدم، وإن السرطان شائك الخلايا نادر الحدوث، ولكن الورم القتاميني الخبيث ليس نادراً، خاصة فوق أخمص القدم. ويمكن أن يكون المريض قد لاحظ الآفة المتصبغة التي تكون قد تغيرت وأصبحت مترافقة بالنزف والحكة والتقرح، ويمكن أن يلاحظ أيضاً كتلة في المغبن مما يشير إلى وجود نقائل في العقد اللمفاوية.

■ **الرض:**

قد تنتج تقرحات القدم عن رضوض ثانوية، مثل: الأحذية غير المناسبة، ولكن عادة ما يكون هناك قصة لحالة مستبطنة مؤهبة، مثل: دوران دموي ضعيف أو معالجة بالستيروئيدات أو اعتلال عصبي.

■ **خمجي:**

إن التقرحات الخمجية وحدها في القدم نادرة، وممكن أن تحدث الأخماج الفطرية بأنواع النوكارديا في البلدان المدارية مسببة قدم الماديورا وينبغي تحري قصة سفر إلى الخارج.

الفحص EXAMINATION:

■ **الوعائي:**

قرحات نقص التروية توجد في ذروة الأباخس وعلى مناطق الضغط، وعادةً ما تكون الحافة مفتوحة للخارج ولا يحدث الشفاء، وممكن أن تحتوي القاعدة على خشكريشة أو نسيج متموت.

وأحياناً يمكن مشاهدة الأوتار في قاعدة القرحة، ويمكن أن يغيب النبض. ويجب تحري وجود رجفان أذيني والذي يمكن أن يترافق مع الانصمام كسبب لتقرح نقص التروية.

■ **الاعتلال العصبي:**

إن تقرحات الاعتلال العصبي هي تقرحات عميقة ومخترقة وتحدث فوق مناطق الضغط، ولكن النسج المحيطة سليمة وتملك دوراناً جيداً، وهذه التقرحات بحد ذاتها غير مؤلمة، ويجب فحص النسج المحيطية لاكتشاف أي ضعف بالاحساس مثل: غياب الإحساس بوخز الدبوس. وعادة يكون النبض موجوداً، ويجب إجراء فحص عصبي كامل بحثاً عن أذيات الأعصاب المحيطية أو دليل على آفات الحبل الشوكي.

■ **التنشؤ:**

تملك السرطانة شائكة الخلايا حافة مقلوبة، وغالباً مع مادة متخثرة في قاعدة القرحة، وتكون حافة القرحة قاسية، ويجب تحري وجود اعتلال العقد اللمفية الإربية.

ونجد أن القرحات المترافقة مع الورم القتاميني الخبيث، تميل للتدرج من اللون البني إلى الأسود. على الرغم من أنها قد تكون غير قتامينية. ويمكن أن يبدو سطح الورم رطباً وطرياً وسبخياً Boggy نتيجة النزف والإنتان. ويجب تحري وجود اعتلال العقد اللمفية الإربية وضخامة الكبد.

■ **الرض:**

تميل التقرحات الرضية لأن تحدث إما في نقاط الضغط نتيجة لبس حذاء غير مناسب أو تحدث في موضع الجرح. وتملك عادة حوافاً منحدرة، ويتطور في القاعدة نسيج حبيبي. افحص دائماً الدوران، حيث إن معظم تقرحات القدم الرضية تشفى بسرعة ما لم يكن هناك شذوذ في الدوران.

■ **الخمجي:**

إن التقرحات الخمجية بحد ذاتها بنفسها نادرة الحدوث، والإنتان الثانوي يمكن أن يحدث في أي نوع من التقرحات، ففي قدم الماديورا قد يكون هناك تقرح وتخرب العظم مع مرض جهازي خفيف.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد عام للدم، سرعة التثفل FBC , ESR:**

ينخفض الهيموغلوبين في الأمراض الخبيثة، وترتفع الكريات البيض في الإنتانات، وترتفع سرعة التثفل ESR في الخباثات.

- **غلوكوز الدم:**

في السكري.

- **المسحة:**

فحص مجهري (إنتان فطري) زرع وتحسس.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **مسح الأضداد:**

أمراض النسيج الضام.

- **دراسات الدوبلر:**

تقرحات نقص التروية.

- **تصوير الشرايين:**

التقرح الإقفاري. تميز داء الأوعية الكبيرة عن داء الأوعية الصغيرة.

- **دراسات التوصيل العصبي:**

تقرحات الاعتلال العصبي.

- **التصوير الطبقي المحوسب:**

آفات النخاع الشوكي.

- **التصوير بالرنين المغناطيسي:**

آفات النخاع الشوكي.

- **الخزعة:**

تميز الآفات السليمة عن الخبيثة.

GAIT ABNORMALITIES شذوذات المشية

قد تكون اضطرابات المشية بنيوية أو عصبية. عند تقييم المشية يجب مراقبة كامل المريض وليس القدمين فقط.

الأسباب CAUSES :

بنيوية:

الألم، المشية المضادة للألم.

عدم توافق طول الساقين، مشية الساق القصيرة.

ضعف مبعدات الورك، المشية المتهادية أو مشية تراند لنبرغ.

الانقلاب الأمامي لعظم الفخذ ن في المشية الأبخسية.

عصبية:

السكتة، مشية الشلل النصفي (الشلل الشقي).

داء باركنسون، مشية الخبب.

اعتلال الأعصاب المحيطية، الرنح الحسي.

الداء المخيخي، الرنح المخيخي

شلل العصب الشظوي، مشية هبوط القدم.

آفات الفص الجبهي، مشية اللاأدائية.

الشلل الدماغي – المشية المقصية.

القصة المرضية :

■ **المدة:**

إن شذوذات المشية التي تتظاهر منذ الولادة تكون ناجمة عن سبب بنيوي أو شلل دماغي. قد ينجم عدم توافق طول الساقين عن اضطرابات تؤثر على تمفصل المفاصل أو على طول العظام أو قد ينجم عن تقفع النسج الرخوة المحيطة بالمفاصل، تنجم معظم الأسباب العصبية لاضطرابات المشية عن آفات مكتسبة في الجملة العصبية المركزية أو المحيطية.

■ **الأعراض المرافقة:**

يكون الألم هو السبب المستبطن للمشية المضادة للألم Antalgicgait، ويكون المرضى قادرين على توجيهك إلى موقع منشأ الألم. يسبب فقدان الوظيفة الحركية مثل شلل المثنية الظهرية للقدم مشية هبوط القدم. قد يحدث شلل أكثر اتساعاً في الذراع والساق مع مشية الشلل النصفي في السكتة. إن الشكوى من المذل السفلي أو فقدان الحس أو اضطراب الشعور بوضعية المفاصل في اعتلال الأعصاب المحيطية.

إن مرضى اللاأدائية الحسية Sensory Apraxia يعانون من ضعف في المستقبلات الحسية العميقة ولديهم صعوبات كبيرة في المشي في الظلام حيث تغيب المشعرات المتعلقة بالرؤية. يترافق رجفان الراحة مع داء باركنسون. أما الرجفان القصدي فهو ينتج عن مرض مخيخي.

■ **القصة الدوائية والمرضية السابقة:**

إن القصة السابقة لرض على الطرف السفلي مهمة جداً، وكسور العظام الطويلة تؤهب لتشوهات في الطول بعد الالتئام. وإن كسور عنق الشظية يمكن أن يمزق العصب الشظوي المشترك مسبباً هبوط القدم. وإن تكدم الفص الجبهي يمكن أن ينتج عن أذيات الرأس الشديدة. ويترافق كل من السكري والسرطان وعوز الفيتامين B مع الاعتلال العصبي المحيطي. وتترافق الكحولية والتصلب المتعدد والأدوية مثل الفينوتئين مع ضعف مخيخي. ويجب طرح أسئلة مباشرة عن وجود نشبة سابقة أو داء باركنسون.

الفحص EXAMINATION:

إن الفحص السريري ينقسم إلى ثلاث أقسام. الفحص البدئي لاضطراب المشية لتحديد السبب البنيوي أو العصبي، فإذا تم الاشتباه بآفة بنيوية فيجب أن يتبع ذلك فحص عظمي مفصلي. وبالمقابل فإن الفحص العصبي يجرى إذا تم الاشتباه بآفة عصبية. وحالما يتم تحديد وجود اضطراب في المشية يجرى الفحص السريري لتحديد السبب الأساسي.

■ **عدم تناسق المشية:**

يتم تقييم المشية بداية من حيث التناسق، وباستثناء مشية الشلل الشقي فإن اضطرابات المشية الأخرى أحادية الجانب هي بنيوية المنشأ. وإن المشية الطبيعية تتألف

من مراحل متعددة، فهناك مراحل التأرجح واصطدام العقب بالأرض والوقوف وهبوط الأباخس. وإن المشية المضادة للألم أو العرج المؤلم يتصفان بنقص مدة مرحلة الوقوف. وإن مشية ترانديلينبورغ تتصف بإمالة الحوض للأسفل عند رفع الساق للأمام، ويمكن أن تنتج عن اضطراب الورك المؤلم أو الضعف في مبعدة الورك المقابلة أو قصر عنق الفخذ أو تحت خلع المفصل الوركي. في مشية الشلل الشقي فإن الساق تتأرجح في قوس نحو الخارج ثم تعود إلى الخط المتوسط. تنتج مشية هبوط القدم غالباً عن الركبة التي ترتفع بشكل أعلى في الجهة المصابة.

■ المشية المتناسقة:

عند تحليل المشية المتناسقة يجب ملاحظة حركة المريض ككل، فنجد أن وضعية الانحناء مع خطوات صغيرة مجرورة على الأرض، مع نقص تأرجح الذراعين هي مميزة لداء باركنسون. وإن مرضى اللاأدائية لديهم حركات غير مترابطة تماثل المشي على الجليد، وإن الإمراضية هي اضطراب في الفص الجبهي والذي يعزى إلى التنكس القشري غالباً. ويجب الانتباه إلى حركة الساقين، فمشية المقص نتيجة لعبور الساق الخط المتوسط عند رفع الساق نحو الأمام، تترافق مع الشلل المخي. يتم ملاحظة حركات الأقدام بعد ذلك. إن رفع الركبتين مع وضع القدم بقوة عندما تلامس الأرض هو حالة وصفية لمشية هبوط القدم. وتدور القدم للداخل مع الانقلاب الأمامي للفخذ، ويتم تحليل قاعدة المشية بعد ذلك، حيث تكون المشية ذات القاعدة الواسعة مميزة للمرض المخيخي والرنح الحسي، ففي حالة المرض المخيخي، لا يستطيع المريض الوقوف بثبات والعينان مفتوحتان، بينما في حالة الرنح الحسي فإن المريض لديه القدرة على الوقوف والعينان مفتوحتان، ولكن لا يمكنه ذلك عند غلقهما (اختبار رومبرغ إيجابي).

■ الفحص العظمي المفصلي:

وذلك يتطلب فحص الورك والركبة والكاحل. ويتم إجراء القياسات لتحديد الطول الحقيقي والظاهر للطرفين السفليين، فالطول الحقيقي هو المسافة بين الشوكة الحرقفية الأمامية العلوية والكعب الإنسي، وأما الطول الظاهر فهو المسافة بين الرهابة والكعب الأنسي. وإن أي اختلاف بينهما يتطلب القياسات الفردية للفخذ والظنبوب

لتحديد موضع القصر. ويجرى اختبار توماس لمعرفة وجود تشوهات انعطافية ثابتة في الورك والتي تؤدي إلى قصر ظاهر. ويمكن تأمل القدمين في وضعية الراحة وقد يكون من الواضح وجود دوران داخلي نتيجة الانقلاب الأمامي للفخذ.

■ **الفحص العصبي:**

قد تتضح سحنة القناع ورعاش تدوير الحبة Pill-Rolling Tremor في حالة داء باركنسون أثناء التأمل، ويكشف الفحص صمل الدولاب المسنن أو أنبوب الرصاص، فالمرضى الذين يعانون من المرض المخيخي، يكون لديهم رجفان قصدي عند أداء اختبار إصبع – أنف. وبالإضافة إلى مشيتهم الرنحية ذات القاعدة الواسعة فإنه قد يكون لديهم رأرأة وخلل في الحركات المتناوبة، ورتة. وأما في الحالات التي يكون فيها الاضطراب في الفص الجبهي، فإن المنعكسات البدئية قد تكون موجودة، مثل منعكس القبض (يقبض المريض على يد الفاحص عند وضعها أو ضربها لراحة يد المريض) ومنعكس المص (القيام بالمص عند ضرب جانب الفم) ومنعكسات راحية ذقنية (الضرب الخفيف على ألية راحة اليد يؤدي إلى تغمز (ترصع) الذقن. وقد يكشف فحص الجهاز الحسي فقدان الحس الخفيف، وحس الاهتزاز، والاستقبال الحسي العميق في توزع القفاز والجورب في الاعتلال العصبي المحيطي. وإن الضعف، وفرط المنعكسات، وصمل موس الكباس، الناجمة عن العصبون المحرك العلوي أحادي الجانب كلها علامات للنشبة القشرية.

■ **فحص نوعي:**

حالما يتم معرفة تشخيص اضطراب المشية فإنه يتم إجراء الفحص النوعي لتحديد الإمراضية المسببة، فمثلاً في مشية اللاأدائية الناتج عن اضطراب الفحص الجبهي، فإنه يُجرى فحص للحالة العقلية للتعرف على وجود الخرف. ويجرى تنظير قعر العين للتعرف على وجود وذمة الحليمة، والتي قد تشير إلى وجود ارتفاع في الضغط داخل القحف بسبب ورم في الدماغ.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

معظم شذوذات المشية يتم تشخيصها بناءً على القصة السريرية والفحص السريري.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الصورة الشعاعية البسيطة الموضعية:**

في الأسباب البنيوية.

- **دراسات النقل العصبي:**

في اعتلال العصب المحيطي وشلل العصب الشظوي.

- **التصوير الطبقي المحوسب والتصوير بالرنين المغناطيسي:**

في الأسباب العصبية المركزية مثل: النشبة، والآفات الشاغلة للحيز.

السلعة GOITRE

إن السلعة هي تضخم في الغدة الدرقية، تتدرج أسباب السلعة من فيزيولوجية عندما يزداد حجم الغدة لازدياد الحاجة لهرمون الدرق كما هو الحال في البلوغ، إلى أمراض صريحة فعلية والتي تحتاج لتشخيص ومعالجة سريعين. لذلك من الأهمية أن نكون قادرين على تمييز أسباب السلعة التي لا تحتاج إلى علاج من تلك التي تحتاج إلى استئصال درق سريع.

الأسباب CAUSES:

السلعة البسيطة (غير السمية):

سلعة فرط التصنع البسيطة.

السلعة متعددة العقد.

السلعة السمية:

السلعة المنتشرة (داء غريف).

العقدة السمية.

السلعة السمية متعددة العقد.

السلعة التنشؤية:

السليمة: الورم الغدي.

الخبيثة: الحليمية.

الجريبية.

الكشمية.

اللبية.

التهابية: التهاب الدرق لدوكيرفان.

التهاب الدرق لريدل.

مناعي ذاتي: داء هاشيموتو.

القصة المرضية HISTORY:

■ سلعة فرط التصنع البسيطة:

يراجع المريض بتورم في العنق وتشمل الأسباب الفيزيولوجية البلوغ والحمل، وإن عوز اليود هو السبب الأكثر شيوعاً ولكنه نادر في المملكة المتحدة حيث يضاف اليود إلى ملح الطعام.

■ السلعة متعددة العقد:

هو السبب الأشيع للسلعة في المملكة المتحدة، وهو أكثر شيوعاً لدى النساء، وعادةً ما يتظاهر المرض بكتلة في العنق والتي تتحرك مع البلع، ولكن عندما تكون الغدة كبيرة فإن المريض يشكو من عسرة بلع وزلة تنفسية.

■ السلعة السمية:

يراجع المريض بكتلة في العنق، والمريض يمكن أن يميل للجو البارد، ويمكن أيضاً أن يعاني من تعرق زائد وتعب وقلق وزيادة شهية ونقص في الوزن وإسهال وخفقان ورجفان.

■ السلعة التنشؤية:

يمكن أن يتظاهر المرض بضخامة منتشرة في الدرق ويمكن أن يُلاحظ وجود ضخامة واضحة الحدود في منطقة الغدة الدرقية. ويحدث السرطان الحليمي في المرضى الأصغر سناً (تحت 35 سنة) وبالإضافة إلى وجود السلعة فإن المريض يمكن أن يلاحظ ضخامة عقد لمفية في الرقبة. أما السرطان الجريبي فيحدث في منتصف العمر (40- 60 سنة) ويمكن أن يشكو المريض أيضاً من ألم العظم نتيجة النقائل. ويحدث السرطان الكشمي في الكهول، ويمكن أن يتظاهر لدى المريض بصرير وصعوبة تنفس وخشونة في الصوت، ويمكن لعقد لمفية كثيرة أن تصاب. أما السرطان اللبي فيمكن أن يظهر في أي عمر، ويجب التأكد من وجود قصة عائلية للسرطان اللبي والأعراض المرتبطة بورم القواتم وبفرط نشاط جارات الدرق (متلازمة MEN مرافقة).

■ التهابية (نادرة):

يمكن أن يُراجع المريض بضخامة مؤلمة في الدرق مترافقة مع توعك أو ألم عضلي (التهاب الدرق لدوكيرفان). قد يشير وجود كتلة قاسية مترافقة مع عسرة بلع أو عسرة تنفس إلى التهاب الدرق لريدل.

■ **مناعي ذاتي:**

يتظاهر داء هاشيموتو بسلعة ثابتة، ويجب تمييزها عن اللمفوما، وأخيراً يصاب المريض بقصور درق ويعاني من عدم تحمل الجو البارد ومن تعب وتغير في الصوت (خشونة صوت) وكسب وزن وإمساك وجلد جاف وشعر جاف.

الفحص EXAMINATION:

■ **سلعة فرط التصنع البسيطة:**

المريض عادة في حالة سواء درقي، والسلعة عادة ما تكون ملساء.

■ **السلعة متعددة العقد:**

عادة ما تكون الغدة عقدية ملساء وأحياناً يمكن الشعور بعقدة واحدة فقط. تأكد من وجود انحراف الرغامى والذي يحدث عندما تكون الغدة كبيرة. ويجب القرع للتأكد من وجود امتداد خلف القص.

■ **السلعة السمية:**

إن جس العقدة قد يكشف وجود سلعة منتشرة أو متعددة العقد أو وحيدة العقدة. ويجب التأكد بالفحص من وجود جحوظ العينين وتلكؤ الجفن وتراجع الجفن ووجود راحتي يد رطبة دافئة والرجفان. ويجب التأكد من وجود الرجفان الأذيني، ويجب فحص الوذمة المخاطية أمام الظنبوب، وتكون المنعكسات مشتدة.

■ **السلعة التنشؤية:**

قد يكون هناك عقدة درقية مفردة (سرطان حليمي) أو كتلة منتشرة (سرطان جريبي) وأما السرطان الكشمي فيكون قاسياً وغير واضح الحدود، ويغزو موضعياً، ويجب التأكد من وجود انحراف في الرغامى. وإن الاعتلال الغدي اللمفاوي الرقبي يمكن أن يظهر لدى مريض السرطان الحليمي (حيث تكون الغدة عادة متحركة ومميزة). ويترافق مع السرطان الكشمي حيث من الممكن أن تكون الغدة قاسية ومتكتلة. ويجب التأكد من وجود شلل العصب الحنجري الراجع.

■ **التهابي:**

إن التهاب الدرق تحت الحاد مرض نادر، وتكون الغدة متضخمة ومؤلمة. وأما في التهاب الدرق لريدل فإن السلعة تكون قاسية وخشبية وترتشح إلى العضلة المجاورة ويجب أن يتم تفريقه عن السرطان الكشمي.

■ **مناعي ذاتي:**

يتظاهر داء هاشميوتو بغدة ثابتة مع ضخامة منتشرة، وأخيراً قد تظهر علامات قصور درق، وتشمل هذه العلامات جلداً شاحباً شمعياً ووذمة أمام الظنبوب وجلد وشعر جافين ومتسمكين، وبطء في النبض وضخامة في اللسان ووذمة محيطية وبطء استجابة للمنعكسات. ويمكن أن تظهر متلازمة نفق الرسغ.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام، وسرعة التثفل FBC, ESR:**

ينخفض الخضاب Hb في الخباثة المنتشرة. وترتفع سرعة التثفل في التهاب الدرق.

- **اختبارات وظائف الدرق TFTS:**

↓TSH ↑T4 في السلعة السمية، ↑TSH, ↓ T4 في قصور الدرق.

- **اضداد الدرق:**

تظهر أضداد الدرق في داء هاشيموتو.

- **الصورة الشعاعية البسيطة CXR:**

هناك ترسبات ثانوية في السرطان الدرقي (الجريبي والكشمي).

- **الصورة الشعاعية البسيطة لمدخل الصدر:**

انضغاط الرغامى.

- **الأمواج فوق الصوتية Us:**

لتمييز الصلب عن الكيسي ومعرفة موقع الغدة.

- **التصوير بالنظائر المشعة:**

لتمييز العقدة الحارة عن الباردة، العقد الباردة قد تكون خبيثة.

- **الدراسة الخلوية لرشافة الإبرة الرفيعة FNAC:**

لتمييز الخبيث عن السليم.

- **تنظير الحنجرة:**

في إصابة العصب الحنجري الراجع.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **كالسيتونين المصل:**

يرتفع في السرطان اللبي.

- **هرمون جارات الدرق PTH:**

يرتفع في متلازمة MEN.

التورمات المغبنية GROIN SWELLINGS

وهـي مشـكلات سـريرية شـائعة خاصـة الفتـوق، ولذلـك فـهي شـائعة في الفحـوص السـريرية.

الأسباب CAUSES:

فوق الرباط الأربي:

كيسة دهنية.

ورم شحمي.

فتق أربي مباشر.

فتق أربي غير مباشر

خصية غير هابطة.

الورم الشحمي للحبل المنوي.

قيلة مائية للحبل (نادرة).

قيلة مائية لقناة نوك (نادرة).

تحت الرباط الأربي:

كيسة دهنية.

ورم شحمي.

فتق فخذي.

عقد لمفية.

دوالي الصافن.

أم دم الشريان الفخذي (حقيقية أو كاذبة).

خصية غير هابطة.

ورم عصبي للعصب الفخذي (نادر).

ورم الغشاء الزليلي لمفصل الورك (نادر).

الفتق السدادي (نادر).

خراج البسواس (نادر).

القصة المرضية HISTORY:

■ الكيسة الدهنية:

يشكو المريض من كتلة متحركة على الجلد، وقد تكون حمراء وملتهبة ونازة.

■ الورم الشحمي:

يظهر لدى المريض ضخامة لينة غير مؤلمة.

■ الفتوق:

إن مريض الفتق المغبني يتظاهر بكتلة تختفي عند الاضطجاع أو يمكن دفعها للخلف (ردودة). وقد يظهر لدى المريض كتلة ممضة ومتوترة وهي غير ردودة وتترافق بأعراض وعلامات الانسداد المعوي. وإن الفتق الفخذي أكثر شيوعاً لدى الإناث، وفي الفتوق نجد أحياناً قصة إجهاد مفاجئ أو رض متبوع بظهور كتلة قد تصبح واضحة.

■ الخصية غير الهابطة:

إن الخصية غير الهابطة تتظاهر على شكل ضخامة في المغبن، وإن المريض أو الأم (إذا كان المريض طفلاً) سوف تلاحظ غياب الخصية من الصفن.

■ الورم الشحمي في الحبل المنوي:

يلاحظ المريض ضخامة لينة في المغبن، وهنا غالباً يتم تشخيصها فتقاً عن طريق الخطأ.

■ القيلة المائية للحبل المنوي:

قد تظهر على شكل كتلة غير ردودة في منطقة المغبن.

■ القيلة المائية لقناة نوك Nuck:

تشابه القيلة المائية للحبل المنوي ولكنها تظهر لدى الإناث، وهي عبارة عن كيسة تتكون في الناتئ الغمدي.

■ العقد اللمفية:

قد تظهر العقد اللمفية كتورمات أسفل الرباط الأربي، وقد تكون مفردة وثابتة وحمراء ممضة أو مجتمعة لتشكل كتلة، وقد يلاحظ المريض آفة على الساق، ويجب الانتباه إلى القيام بأخذ قصة كاملة للاعتلال الغدي اللمفاوي الأربي حيث أن العقد

لا تنزح إليها أنسجة الساق فقط، ولكن ينزح إليها أيضاً كل من القضيب وجلد الصفن والنصف السفلي للقناة الشرجية وجلد الألية وجلد جدار البطن السفلي حتى السرة. وفي الإناث ينزح إليها كل من الأشفار والثلث السفلي للمهبل وقعر الرحم عن طريق الأوعية اللمفية المرافقة للرباط المدور إلى الأسفل حتى القناة الأربية، ولذلك يجب أخذ قصة كاملة لأي مرض مستقيمي شرجي مثل: نزف عن طريق الشرج أو الأمراض النسائية مثل نزف عن طريق المهبل مما يشير إلى سرطان في الرحم.

■ دوالي الصافن:

تترافق دوالي الصافن بشكل طبيعي مع الدوالي الوريدية أسفل الساق، ويراجع المريض بكتلة صغيرة طرية زرقاء في الجزء السفلي للمغبن.

■ أم دم الشريان الفخذي:

تشير الكتلة المتوسعة النابضة إلى وجود أم دم فخذية، ويجب التأكد من وجود قصة للجراحة الشرياني في المغبن أو تصوير شرياني عن طريق الشريان الفخذي والذي يمكن أن يشير إلى وجود أم دم كاذبة.

■ الخصية غير الهابطة:

إن الخصية غير الهابطة يمكن أن تنزل إلى القسم العلوي من الفخذ، حيث إن نزول الخصية يتوقف بسبب الاتصال الموجود بين لفافة سكاربا واللفافة العميقة للفخذ.

■ الورم العصبي للعصب الفخذي:

وهو نادر ويمكن أن يترافق مع خدر أو تشوش في الحس في الوجه الأمامي للفخذ وعدم القدرة على مد الركبة.

■ الورم الزليلي لمفصل الورك:

وهو ورم نادر، ويشكو المريض من كتلة في عمق المغبن، ويمكن أن تؤثر في حركة مفصل الورك.

■ الفتق السدادي:

وهو فتق نادر، حيث يعبر الكيس من خلال القناة السدادية ويمكن أن يظهر في المغبن وحتى عمق العضلة العانية Pectineus، ونادراً ما تكون الكتلة مجسوسة بسبب تغطيها بالعضلة العانية Pectineus، ولا يتم التشخيص عادةً حتى يحدث انسداد أو اختناق.

الفحص EXAMINATION:

■ **الكيسة الدهنية:**

وهي ملتصقة بالجلد وترى عادة نقطة Punctum عند موضع الاتصال، وتكون الكيسة الدهنية قاسية ومدورة ومتحركة على النسيج تحتها، وقد تكون حارة وحمراء وممضة عندما تلتهب.

■ **الورم الشحمي:**

إن الكتلة طرية ومفصصة ومتحركة وغير مثبتة بالجلد أو النسيج الذي تحتها، ويمكن تمييزها عن الفتوق بأنها غير ردودة وغير مندفعة بالسعال.

■ **الفتوق:**

إن الفتوق يمكن أن تكون ردودة وتتبج أثناء السعال، وقد تكون غير ردودة. إن الفتوق غير الردودة يمكن أن تكون (1) غاصصة في الكيس بسبب الالتصاقات بين محتويات وجدار الكيس. (2) انسدادية – إن الأمعاء الدقيقة تدخل إلى الكيس دون أن تستطيع محتويات الأمعاء المرور. (3) مختنقة – ينقطع التزويد بالدم الشرياني ويتلو ذلك غانغرينا المحتويات. وفي الحالة الأخيرة تكون الكتلة ممضة ويمكن أن يكون الجلد المغطي لها أحمر ويعاني المريض من حمى مع تسرع في القلب. وتكون هناك علامات انسداد معوي، ومن المهم التمييز بين الفتقين الأربي والفخذي، حيث أن الفتق الأربي يتوضع في الأعلى وإلى الأنسي من الحدبة العانية، أما الفتق الفخذي فيتوضع في الأسفل والوحشي من الحدبة العانية. وقد يكون الفتق الأربي مباشراً أو غير مباشر، حيث ينزل الفتق الأربي غير المباشر إلى أسفل القناة الأربية من الحلقة الأربية العميقة. وأما الفتق المباشر فإنه يأتي من خلال الجدار الخلفي للقناة الأربية وذلك من خلال مثلث هيسيلباخ Hesselbach (القاعدة: الرباط الأربي، الحافة الوحشية: الشرياني الشرسوفي السفلي، الحافة الأنسية: الحافة الوحشية للعضلة المستقيمة البطنية).

وإن التمييز بين الفتق المباشر وغير المباشر يتم من خلال رد الفتق والضغط على الحلقة الأربية العميقة ثم الطلب من المريض أن يسعل فإذا ظهر كيس الفتق إلى الأنسي من الأصابع فهو مباشر، وإذا ظهر الفتق فقط بعد إزالة الضغط على الحلقة الأربية العميقة فهو غير مباشر.

■ **الخصية غير الهابطة:**

إن الخصية غير الهابطة يمكن أن تكون في موقع هاجر (جذر القضيب أو أعلى الفخذ أو العجان) أو على امتداد المسار الطبيعي لنزولها. وإن الخصية غير الهابطة لا يمكن الشعور بها في القناة الأربية، وعادةً ما تكون طرية جداً وضامرة ولا يمكن جسها من خلال اللفافة المائلة الخارجية المتينة فوقها، ولكنها قد تتسرطن وبالتالي يمكن جس خصية قاسية وغير منتظمة في القناة الأربية. ويمكن أن تكون الخصية غير الهابطة مجسوسة في أعلى الفخذ أسفل الرباط الأربي، ويكون كيس الصفن فارغاً في تلك الجهة، وإن الخصية لا تستطيع النزول أكثر من بضعة سنتمترات إلى أعلى الفخذ بسبب أن ذلك النزول يتوقف بسبب الاتصال بين لفافة سكاربا واللفافة العميقة للفخذ أسفل الرباط الأربي. وإن الخصية غير الهابطة يمكن أيضاً جسها عند جذر القضيب أو في العجان.

■ **الورم الشحمي للحبل المنوي:**

يمكن توثيق التشخيص فقط عند الجراحة، بالرغم من أنه لا يوجد اندفاع تمددي ناتج عن السعال كما هو الحال في الفتق.

■ **القيلة المائية للحبل المنوي:**

وهي نادرة، حيث أن هناك ضخامة مجسوسة وملساء على طول الحبل وهي لا تملك اندفاع تمددي ناتج عن السعال يمكن جسه. وإذا مارسنا شداً لطيفاً للخصية فإن القيلة المائية سوف يتم الشعور بها تتحرك نحو أسفل القناة؛ وقد تملك صفة الشفوفية.

■ **القيلة المائية لقناة نوك:**

هي عبارة عن تضخم يحدث عند الإناث مماثل للقيلة المائية للحبل المنوي عند الذكور، ويطلق عليه اسم القيلة المائية لقناة نوك، الموجودات تكون مماثلة لحالة القيلة المائية للحبل المنوي عند الذكور إلا أنه لا يوجد شيء يمكن ممارسة الشد عليه!.

■ **الفتق الفخذي:**

وهو أكثر شيوعاً لدى الإناث، وهو يتوضع إلى الأسفل والوحشي من الحدبة العانية، وقد يكون هناك اندفاع تمددي ناتج عن السعال، وقد يكون ردوداً. وإن اختناق الفتق الفخذي هو أمر شائع، وبشكل خاص نمط ريختر وهو عبارة عن ضخامة متوترة وممضة وغير ردودة يمكن إيجادها إلى الأسفل والوحشي من الحدبة العانية.

■ العقد اللمفية:

إن العقد اللمفية مجسوسة أسفل الرباط الأربي، وهي تنتظم في مجموعات: (1) سطحية وهي تنتظم في مجموعات أفقية وعمودية. (2) عميقة. وفي الممارسة السريرية من الصعب التمييز بين هذه المجموعات، ويمكن أن تكون العقد اللمفية في المغبن مجسوسة كعقيدات منفردة أو قد تكون قاسية وغير منتظمة ومجتمعة مع بعضها، وهذا النمط عادة ما يترافق مع مرض خبيث. إن العقد اللمفية المتموجة والممضة مع الحمامى الجلدية فوقها عادة ما تترافق مع الاعتلال الغدي اللمفاوي والذي يعزى إلى ظروف إنتانية. ومن المهم أن يتم فحص جميع المواقع والتي يتم نزحها إلى هذه العقد، أي: (1) جلد الساق ويشمل الفحص أظافر الأباخس. (2) جلد الألية. (3) جلد جدار البطن السفلي وحتى السرة. (4) جلد الصفن والقضيب والحشفة. (5) الأشفار والثلث السفلي للمهبل. (6) النصف السفلي للقناة الشرجية. (7) قعر الرحم. ولذلك ليس من الضروري فقط فحص البنى السطحية ولكن يجب إجراء المس الشرجي والمس المهبلي باستخدام اليدين.

■ دوالي الصافن:

وهي توسع طري قابل للانضغاط في نهاية الوريد الصافن، وهي تتمدد بالسعال وتختفي بالاستلقاء. ويمكن الشعور بهرير السائل عند قرع الأوردة في أسفل الساق.

■ أمهات الدم الشرياني الفخذي:

تظهر أمهات الدم الشرياني الفخذي ككتلة متمددة ونابضة على طول مسار الشريان الفخذي، وهنا يجب البحث عن ندبة لها علاقة بها والتي يمكن أن تشير إلى وجود أم دم كاذبة.

■ الخصية غير الهابطة:

الخصية غير الهابطة يمكن جسها في أعلى الفخذ وأسفل الرباط الأربي ويكون الصفن فارغاً في نفس الجانب، ولا تستطيع الخصية النزول أكثر من بضعة سنتمترات إلى أعلى الفخذ بسبب ممانعة النزول عند الاتصال بين لفافة سكاربا واللفافة العميقة للفخذ أسفل الرباط الأربي.

■ الورم العصبي للعصب الفخذي:

وهـو ورم نـادر الحـدوث، ويمكن جسـه علـى طـول مسـار العصـب (إلـى الوحشـي مـن الشريان الفخذي). ويجب اختبار سلامة العصب الفخذي (وذلك بفحص الإحساس على الوجه الأمامي، والقدرة على مد مفصل الركبة).

■ ورم الغشاء الزليل لمفصل الورك:

وهو نادر أيضاً، ويمكن جس ثخانة في عمق المغبن بالنسبة لمفصل الورك وقد يحدث تحدد في حركة مفصل الورك.

■ الفتق السدادي:

وهو نادر أيضاً، وهو عبارة عن كتلة يمكن الشعور بها عند مريض نحيف جداً عميقاً في الوجه الأنسي من المغبن، وبشكل أشيع فإن الفتق السدادي يتظاهر بانسداد معوي ويوضع التشخيص أثناء فتح البطن.

■ خراج البسواس:

وهو نادر أيضاً، وعادة ما يترافق مع تدرن الفقرات، وهو خراج بارد في جسم الفقرة ينزح لأسفل غمد البسواس ويظهر كضخامة متموجة طرية تحت الرباط الأربي. معظم خراجات البسواس الآن مرتبطة بانثقاب حشا أجوف خلف الصفاق، مثلاً: انثقاب الكولون الأيمن إلى غمد البسواس.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

إن تشخيص معظم الضخامات المغبنية معتمد على القصة والفحص الفيزيائي.

- **تعداد الدم العام FBC وسرعة التثفل ESR:**

ينخفض Hb في أورام العقد اللمفية، وترتفع WCC في إنتانات العقد اللمفية والفتق المختنق، وترتفع ESR في أورام العقد اللمفية والإنتانات مثل: تدرن الفقرات.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

في الورم الشحمي والخصية غير الهابطة وأمهات الدم الشريانية الفخذية وخراج البسواس.

- **صورة شعاعية بسيطة للورك:**

في التهاب العظم والمفاصل مع ورم الغشاء الزليل.

- **صورة شعاعية بسيطة للبطن AXR:**

في الانسداد المعوي المترافق مع الفتق الانسدادي المختنق.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الدوبلر دوبلكس:**

في أمهات الدم وأمهات الدم الكاذبة ودوالي الصافن.

- **صورة شعاعية للعمود الفقري القطني الصدري:**

في تدرن العمود الفقري (خراج البسواس).

- **تصوير الفتق Herniography:**

في الفتق المغبني والفخذي.

- **الدراسة الخلوية للرشافة المأخوذة بإبرة رفيعة FNAC:**

في إمراضية العقد اللمفية.

- **الخزعة:**

في إمراضية العقد اللمفية.

GUM DISORDERS اضطرابات اللثة

اضطرابات اللثة شائعة خاصة النزف من اللثة، ومعظم الاضطرابات التي تسبب النزف تعزى إلى أمراض إنتانية موضعة، ولكن ممكن أن تكون مظهراً لمرض جهازي.

الأسباب CAUSES:

النزف:

المرض السنى.

الإنتان:

- جرثومى.
- فيروسى.
- فطري.

الحثل الدموى.

طبى المنشأ:

- مضادات التخثر.
- معالجة كيماوية.
- معالجة شعاعية.

الضخامة:

الإنتان المرافق لمرض سنى.

الأدوية:

- فينيتوئين.
- نيفيدبين.
- سيكلوسبورين.

تراجع اللثة:

مرض ما حول سنى مزمن.

الشيخوخة.

أسباب أخرى:

خباثة (تقرحات).

التسمم بالرصاص.

التسمم بالزرنيخ.

القصة المرضية HISTORY:

من المحتمل أن يكون مرض ما حول السن هو السبب الأشيع للنزف من اللثة، وإن عدم الاهتمام بالصحة بشكل جيد عادة ما يكون واضحاً من خلال حالة الأسنان. والإنتان يجعل المريض يشكو من لثة حمراء ملتهبة والتي تنزف بشكل عفوي أو عند استخدام فرشاة الأسنان. وقد يكون لدى المريض قصة خباثة حديثة خضع على أثرها إما إلى معالجة كيماوية- مع حثل دموي Blood Dyscrasia مرافق- أو معالجة شعاعية موضعية. وقد يكون هناك قصة آفات مؤلمة في الفم تشير إلى وجود حلأ بسيط. ونادراً ما يسبب داء وحيدات النوى الخمجي التهاباً في الفم واللثة. ويمكن أن يظهر لدى المريض مرض مترافق بحمى مع توعك ووسن واعتلال غدي لمفاوي، وإن شذوذات نقي العظام مثل الارتشاح الخبيث أو فقر دم غير مصنع ينتج عنها فقد محببات ونقص صفيحات، حيث يسبب فقد المحببات نقص في المقاومة للإنتان. ونقص الصفيحات يترافق مع الميل للنزف، وقد يكون هناك مرض معمم، مع توعك ووسن، مترافق مع اعتلال غدي لمفاوي، وتكدم، ونزف عفوي من فوهات أخرى. وقد يكون هناك قصة ناعور أو داء فون ويلبراند، وفي ظروف نادرة تتضمن داء الحفر (عوز Vit C تحت السريري يمكن أن يحدث في الكهول). وتوسع الشعريات النزفي الوراثي. تأكد من وجود قصة عائلية لاضطرابات النزف. ويجب أخذ القصة الدوائية الكاملة، ويجب التأكد فيما إذا كان المريض يتناول الفينيتوئين أو النيفيديبين أو السيكلوسبورين. ويجب التأكد من وجود التعرض المهني للكيماويات وخاصة الزرنيخ والرصاص.

الفحص EXAMINATION:

■ موضعي:

افحص اللثة للبحث عن علامات التهاب أو نزف، وللنظر فيما إذا كانت اللثة لوحدها مصابة أم أن الإصابة تشمل كامل التجويف الفموي. افحص حالة الأسنان لتحري وجود نخر أسنان أو مرض ما حول الأسنان، وفيما إذا كان هناك أي دليل على فرط تنسج اللثة. ففي فرط التنسج اللثوي فإن ضخامة اللثة تصيب الحليمات بين الأسنان بشكل أساسي. هل هناك أي تقرح موضعي في اللثة قد يشير إلى تنشؤ؟

وهل هناك أي دليل على تراجع اللثة، وهذا يحدث بشكل شائع عند الكهول ولكن يمكن أن يترافق مع مرض ما حول السن مزمن. إن الزرنيخ والرصاص هما أسباب نادرة للنزف اللثوي، وتصبح اللثة ملتهبة ومتورمة وتنزف بسهولة، وفي حالة الرصاص هناك خط أزرق وصفي على حافة اللثة. علامات أخرى للانسمام بالرصاص قد تكون موجودة وبشكل خاص، تصبغ الجلد، والإقياء، والإسهال، وفرط تقرن أخمص القدمين وراحة اليدين. ويمكن أن يظهر اعتلال عصبي محيطي في حالة الانسمام بالزرنيخ.

■ عام GENERAL:

يجرى الفحص العام للمريض للنظر فيما إذا كان هناك أي دليل على مرض جهازي. ويجب تحري وجود اعتلال غدي لمفاوي أو ضخامة كبدية طحالية وتكدم معمم، وتحري وجود توسع شعري أيضاً.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل:**

ينخفض الخضاب في الخباثات وسوء التغذية، وترتفع الكريات البيض في الإنتان، وتنخفض في حثل الدم والعلاج الكيماوي، وترتفع سرعة التثفل في الخباثات والإنتان، وتنخفض الصفيحات في قلة الصفيحات.

- **المسحة:**

لإجراء الزرع والتحسس. التقرحات المخموجة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **مسح التخثر:**

الحثل الدموي- مضادات التخثر.

- **مستوى Vit C:**

داء الحفر.

- **الخزعة:**

تقرحات خبيثة.

التثدي GYNAECOMASTIA

إن التثدي هو عبارة عن تضخم في ثدي الذكر، حيث إن هناك زيادة في العناصر القنوية والنسيج الضام في الثدي، ويجب أن لا تختلط الحالة مع الشحم في منطقة الثدي، والتي يمكن أن تحدث عند المرضى البدينين وفي الأعمار المتقدمة مع نقص الوزن، وفي معظم الأحيان ينتج التثدي عن زيادة في معدل الأستروجين بالنسبة للأندروجين. في العديد من الحالات فإن الآلية الحقيقية غير معروفة أو قد يكون السبب غامضاً.

الأسباب CAUSES:

فيزيولوجية:

الأطفال حديثي الولادة.

البلوغ.

الأعمار المتقدمة.

مرضية:

الأدوية:

ـ الاستروجينات.

ـ السيبروتيرون.

ـ سبيرونولاكتون.

ـ سيميتدين.

ـ ديجيتال.

ـ الغريزوفولفين.

ـ الأمفيتامين.

ـ مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة.

ـ الحشيش Cannabis.

سرطان الثدي عند الذكور.

القصور الكبدي.

قصور الكلية.

فرط نشاط الدرق.

قصور الأقناد.

ـ متلازمة كلاينفلتر.

ـ عدم تكوّن الغدد التناسلية.

أورام الخصية.

أورام أخرى:

ـ السرطان القصبي (إفراز هرمونات غير مناسب).

ـ أورام نخامية (مثل: الورم المفرز للبرولاكتين).

سوء التغذية.

مجهول السبب.

القصة المرضية HISTORY:

إن التثدي لدى الأطفال حديثي الولادة يترافق مع استروجينات المشيمة ويمكن أن يترافق مع نز حليبي من الحلمة (حليب الساحرة Witch's Milk). ننظر إذا كان المريض في مرحلة البلوغ، حيث إن درجة خفيفة من التثدي تحدث في معظم الأولاد في مرحلة ما قبل البلوغ. وهذا غالباً ما يتراجع ولكنه أحياناً قد يبقى ويكون مصدراً للخجل. ونجد أن التثدي لدى المسنين يحدث في العقد السادس أو ما بعده. معظم حالات التثدي تتظاهر على شكل ضخامة غير مؤلمة أو ضخامة ممضة لأحد الثديين أو كليهما.

إن معظم الأسباب الإمراضية للتثدي ترتبط بالأدوية ولذلك يجب أخذ قصة دوائية دقيقة. هل هناك قصة تشير إلى وجود قصور أقناد مثل: خصى غير نازلة، والانفتال ثنائي الجانب ومتلازمة كلاينفلتر (xxy، طويل، توزع أنثوي للشحم حول الثدي والحوض، توزع شعر ذكري طبيعي، خصى ضامرة). هل لاحظ المريض أي ضخامة خصوية؟ ويجب التأكد من وجود قصة كحولية أو التهاب كبد والتي قد تشير إلى قصور كبدي. هل لدى المريض قصور كلوي مزمن؟ ويكون ذلك عادة واضحاً حيث يخضع المريض لأحد أشكال الديال، وهل هناك أي علامات لفرط نشاط الدرق، وهل لاحظ المريض أي اعتلال عيني قد يشير لوجود ورم نخامي يصيب التصالب البصري.

الفحص EXAMINATION:

■ **الموضعي:**

يمكن أن يصاب أحد الثديين أو كلاهما، ويمكن ملاحظة ضخامة كبيرة تشبه ثدي الإناث ولكن هذا نادر، وهي عادة صغيرة ومتوضعة خلف الهالة، وقد تكون الضخامة طرية أو قاسية ففي الذكور الشباب تكون الضخامة قاسية ومحددة بقرص نسيجي خلف الهالة، وهذا عادة ما يحدث حول البلوغ. إن الضخامة القاسية وغير المنتظمة في الذكور الكهول قد تلفت الانتباه إلى الشك بالسرطان، وأما الضخامة الطرية أو المنتشرة عادة ما تترافق مع استخدام الأدوية.

■ **العام:**

افحص العقد الإبطية والعقد فوق الترقوة، وافحص الخصيتين: ضامرة أو متضخمة (ورم). ويجب التأكد من وجود علامات فرط نشاط الدرق أو قصور كبدي أو قصور كلوي، وقد يكون لدى المريض أنبوب CAPD أو ناسور شرياني وريدي لأجل قصور كلوي مزمن.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام، سرعة التثفل:**

ينخفض الهيموغلوبين في فقر الدم والقصور الكبدي، وترتفع سرعة التثفل في أمراض الكبد.

- **البولة والكهارل U, Es:**

في القصور الكلوي.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

في قصور الكبد.

- **اختبارات وظائف الدرق TFTs:**

في فرط نشاط الدرق.

- **صورة الصدر البسيطة CXR:**

في الأورام البدئية (السرطان القصبي مع إفراز غير ملائم للهرمونات).

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **FNAC:**

في السرطان.

- **تصوير الثدي الشعاعي:**

في السرطان.

- **تحليل الصبغيات:**

في متلازمة كلاينفلتر.

- **β-HCG:**

في الورم الخصوي.

- **AFP:**

في الورم الخصوي.

- **برولاكتين المصل القاعدي:**

في الورم المفرز للبرولاكتين.

- **CT الرأس:**

في الورم النخامي.

HAEMATEMESIS الإقياء الدموي

الإقياء الدموي: يعني قيء الدم وقد يكون صريحاً أو متبدلاً وذلك بفعل الحمض المعدي والأنزيمات الهاضمة (أي طحل القهوة) وعادة ما يكون سببه آفات في الجزء القريب من الوصل العفجي الصائمي.

الأسباب CAUSES:

الدم المبتلع:

الرعاف.
نفث الدم.

المري:

دوالى المرى.
التهاب المرى القلسى.
سرطان المرى.

المعدة:

التقرح الهضمى.
متلازمة مالورى- ويس.
السحجات المعدية الحادة.
السرطان.
ورم عضلى أملس (نادر).
توسع الأوعية الشعرية النزفي الوراثى (نادر).
التشوهات الوعائية (نادر).

العفج:

التقرح الهضمى.
الرتوج العفجية.
النواسير الأبهرية العفجية.
الأورام البنكرياسية الغازية (نادر).
تدمى الصفراء.

الاضطرابات النزفية:

المترافقة مع مرض كبدى.
نقص عدد الصفيحات.
الناعور.

الأدوية:

مضادات التخثر.
الأسبرين.
.NSAIDs
الستيروئيدات.

أسباب أخرى:

تبولن الدم.
آفات النسج الضامة.

القصة المرضية HISTORY :

■ **الدم المبتلع:**

تحقق من وجود قصة نفث دم أو رعاف حديثة.

■ **المري:**

قد تكون هناك قصة إفراط في تناول الكحول أو قصة أمراض كبدية أخرى مما يشير لوجود دوالي المري، وأما الألم الحارق خلف القص أو حرقة الفؤاد فإنه يشير إلى وجود التهاب المري، وكما يجب التأكد من وجود قصة لعسرة البلع. وإن النزف المترافق مع الدوالي غالباً ما يكون غزيراً بينما يكون النزف المترافق مع التهاب المري قليلاً.

■ **المعدة:**

قد تشير قصة الألم الشرسوفي إلى وجود تقرح هضمي. قد توجد قصة لتناول الستيروئيدات أو NSAID. وعادة ما تحدث متلازمة مالوري - ويس في المرضى الأصغر سناً الذين تناولوا وجبات كبيرة مع كمية كبيرة من الكحول متبوعة بقيء شديد ويكون القيء الأول محتوياً على طعام أما الثاني فيحتوي على الدم. قد تحدث السحجات المعدية الحادة في الأمراض المسببة للشدة النفسية مثل الجراحة الكبرى والتهاب البنكرياس الحاد والحروق (قرحة كيرلنغ) وأذيات الرأس (قرحة كوشينغ)، ومن غير المعتاد وجود كمية كبيرة من الدم في حالات السرطان. ويكون فقر الدم مظهراً شائعاً بالرغم من إمكانية وجود قيء (طحل القهوة) ويسبب الورم العضلي الأملس قيئاً دموياً معتدلاً، ولا يوجد عادة قصة سابقة كما لا يوجد تشوهات أوعية دموية سابقة. وأما توسع الأوعية الدموية الشعرية النزفي الوراثي فهو نادر وقد يقدم المريض قصة

مرضية للحالة أو قد يكون ذلك واضحاً من توسع الأوعية الدموية الشعرية حول الشفتين والتجويف الفموي.

■ **العفج:**

يميل التغوط الزفتي لأن يكون عرضاً أكثر شيوعاً من الإقياء الدموي في الآفات العفجية، وقد يكون هناك قصة لتقرح عفجي مزمن مع العلم بأن التظاهر قد يكون حاداً غالباً مع معلومات قليلة بالقصة المرضية.

يكون النزف من الأورام البنكرياسية الغازية نادراً ويتظاهر المريض بالتوعك والوسن وفقدان الوزن والقيء. وأما تدمي الصفراء فهو أيضاً نادر، والحال نفسه في الناسور الأبهري العفجي، فهو نادر أيضاً ويتبع عادةً ترميم أم الدم مع خمج تالٍ للطعم وفي هذه الحالة يحدث قيء دموي غزير وتغوط زفتي.

■ **الاضطرابات النزفية:**

قد يتظاهر المريض بقصة اضطراب نزفي مثل الناعور وقد تكون هناك قصة تكدم عفوي أو نزف من فتحات أخرى في الجسم.

■ **الأدوية:**

قد يكون هناك قصة معالجة بمضادات التخثر أو الستيروئيدات أو NSAIDs ويجب الحرص على سؤال المريض دائماً لمعرفة فيما إذا تم شراء أي مستحضرات دون وصفة قد تحتوي على الأسبرين أو NSAIDs.

■ **أسباب أخرى:**

قد يسبب تبولن الدم نزفاً بالإضافة إلى إمكانية وجود أعراض أخرى مثل الزلة التنفسية أو الغثيان أو التوعك أو الوذمة المحيطية أو السبات. ومن النادر ما يتظاهر داء النسج الضامة بنزف هضمي.

الفحص EXAMINATION:

من المحتمل وجود صدمة بناءً على شدة النزف وفي هذه الحالة يكون المريض بارداً وجلده رطبٌ مع وجود تقبض وعائي محيطي ويحدث لديه تسرع قلب وانخفاض في الضغط.

■ **الدم المبتلع:**

تحقق من وجود دم حول الأنف وافحص الصدر للبحث عن سبب محتمل لنفث الدم.

■ **المري:**

لا يقدم فحص المري إلا القليل باستثناء العلامات السريرية لفقر الدم وفقدان الوزن ما لم يكن السبب دوالي المري، ففي هذه الحالة قد يوجد يرقان أو تمدد بطن بسبب وجود الحبن أو الوحمات العنكبوتية أو الراحات الكبدية (Liver palms) أو تعجر الأصابع أو التثدي أو ضمور الخصية أو بروز الأوردة حول السرة (رأس الميدوسة) أو تضخم الطحال أو الكبد.

■ **المعدة:**

لا يقدم فحص المعدة إلا القليل فقد يلاحظ كتلة شرسوفية في حالة السرطان أو عقدة بلغمية مجسوسة فوق الترقوة اليسرى (عقدة فيرشو) وقد يلاحظ مضض شرسوفي. أما في حالة توسع الأوعية الدموية الشعرية الوراثي النزفي فمن الممكن وجود توسع للأوعية الدموية الشعرية على الشفتين والغشاء المخاطي للفم.

■ **العفج:**

باستثناء وجود مضض شرسوفي فإن القليل يمكن ملاحظته بالفحص وهناك حالة نادرة يمكن فيها جس كتلة في منطقة البنكرياس حيث يأتي النزف العفجي من سرطان بنكرياس غازٍ.

■ **الاضطرابات النزفية:**

قد يوجد علامات تكدم أو نزف من الفتحات الأخرى في الجسم.

■ **الأدوية:**

تعتمد العلامات على شدة النزف وموقع الآفة الناتجة.

■ **أسباب أخرى:**

من الممكن وجود علامات تبولن الدم مثل الشحوب واللون البرونزي للجلد والوذمة الرئوية والوذمة المحيطية والتهاب التامور والسطام القلبي وارتفاع الضغط واعتلال الشبكية وهناك حالات نادرة قد يترافق فيها الإقياء الدموي مع أمراض النسج الضامة مثل التهاب الشرايين المتعدد العقدي والذي قد يكون له تظاهرات أخرى واضحة مثل الاعتلالات العصبية والمرض القلبي والآفات الجلدية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **FBC،ESR:**

يلاحظ نقص الخضاب نتيجة فقر الدم لوجود نزف مزمن من السرطان مثلاً. وكما يلاحظ ارتفاع سرعة التثفل في أمراض النسج الضامة.

- **U&Es:**

يحدث ارتفاع في البولة والكرياتينين في حالات تبولن الدم وقد يكون ارتفاع البولة ناتجاً عن امتصاص الدم من الأمعاء.

- **LFTs:**

في القصور الكبدي ودوالي المري وتدمي الصفراء.

- **مسح التخثر Clotting screen:**

في القصور الكبدي، الأهبة النزفية، مضادات التخثر.

- **تنظير مريئي – معدي – عفجي OGD:**

تتضح معظم الآفات مثل الدوالي والتهاب المري والقرحة المعدية والتسحجات المعدية وتمزق مالوري– ويس والسرطان وأسباب أخرى نادرة للنزف، ويمكن الحصول على خزعة عند الحاجة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تصوير الأوعية:**

في التشوهات الوعائية. ويمكن عن طريقه تشخيص أسباب عفجية قاصية نادرة مثل التشوهات الوعائية.

- **US:**

في أم الدم الأبهرية.

- **CXR:**

في الآفات الصدرية.

- **CT:**

إنتان الطعم الأبهري.

HAEMATURIA البيلة الدموية

البيلة الدموية هي عبارة عن مرور كريات الدم الحمراء إلى البول. يجب تمييزها عن الأسباب الأخرى لتلون البول، وعمل الاستقصاءات الكاملة لكل المرضى. إذا تم تشخيص الحالة بشكل مبدئي عن طريق شريط البول (dipstick) فيجب دائماً تأكيد التشخيص عن طريق الفحص المجهري.

الأسباب CAUSES :

الكلية:

أمراض الكبب الكلوية.
الكلية عديدة الكيسات.
السرطان.
الحصيات البولية.
الرض (بما فيه خزعة الكلية).
التدرن.
الانصمام.
خثار الوريد الكلوى.
تشوهات الأوعية.

الحالب Ureter:

الحصيات البولية.
التنشؤات.

المثانة:

السرطان.
الحصيات البولية.
الرض.
الالتهاب مثل التهاب المثانة والتدرن وداء المنشقات.

الموثة:

تضخم الموثة الحميد.
السرطان.

الإحليل:

الرض.

الحصيات البولية.

التهاب الإحليل.

التنشؤات.

اسباب عامة:

العلاج بمضادات التخثر.

نقص الصفيحات الدموية.

الناعور.

داء الخلية المنجلية.

الملاريا.

التمارين الشاقة.

البول الأحمر:

البيلة الخضابية.

بيلة الغلوبين العضلى.

الفرفرية الحادة المتقطعة.

الشمندر.

السنا (senna).

الفينول فتالئين.

الفينولفثالين.

الريفامبيسين.

القصة المرضية HISTORY:

هل هناك ألم مرافق للبيلة الدموية مما يشير إلى وجود إنتان أو التهاب، أما إذا كانت البيلة الدموية دون ألم فذلك يترافق عادة مع ورم أو تدرن، وتشير البيلة الدموية الشاملة (خلال تيار البول كاملاً) إلى وجود نزف من الجهاز البولي العلوي أو المثانة. وتشير البيلة الابتدائية (عند بداية تيار البول) إلى وجود نزف من الإحليل أو الموثة، وأما البيلة الدموية الانتهائية (في نهاية تيار البول) فتدل على نزف من المثانة أو الموثة. تحقق من وجود قصة عائلية لمرض الكلية عديدة الكيسات وقد يكون هناك قصة للتدرن في مكان آخر. هل هناك قصة سفر حديث (داء المنشقات) وهل هناك أي ألم في القطن مما يشير لوجود مرض كلوي أو قصة قولنج حالبي يشير إلى مرور حصية أو خثرة إلى أسفل الحالب، قد يترافق مرض المثانة مع ألم فوق العانة وتعدد بيلات وعسرة التبول وابحث عن وجود أعراض الحالة الموثية (prostatism) أي الصعوبة في بدء التبول

وضعف قوة رشق البول البوال الليلي Nocturia. وتكون الأذية الإحليلية واضحة عادةً وقد تحدث بعد كسور الحوض أو السقوط منفرج الساقين على جسم ما. هل يأخذ المريض مضادات التخثر؟ هل هناك أي قصة لحثل دموي Blood Dyscrasia هل هناك دليل على وجود داء الخلية المنجلية أو التعرض للملاريا؟ وقد تسبب التمارين الشاقة بيلة دموية. هل تم أخذ خزعة كلوية حديثاً؟ تغير لون البول قد ينتج عن أسباب متنوعة. قد تحدث البيلة الخضابية مع انحلال الدم وبيلة الغلوبين العضلي بعد أذيات الهرس أو إقفار العضلات. تحقق من تناول أي مادة تؤدي إلى تغير لون البول. إن الفرفرية الحادة المتقطعة نادرة جداً وتترافق مع ألم بطني وإذا تُرك بول المريض ليركد في الضوء فإنه سيتحول إلى اللون الأحمر الأرجواني.

الفحص EXAMINATION:

فقر الدم، وفقدان الوزن، علاماتٌ على القصور الكلوي المزمن. قد يكشف فحص البطن كتلة مثل ورم كظراني أو مثانة متوسعة وقد يُظهر فحص المستقيم ضخامة موثة ملساء (ضخامة موثة حميدة) أو ضخامة موثة قاسية متحجرة (سرطان). تحسس على طول مجرى الإحليل وجود حصاة أو تنشؤ مثلاً. افحص الصدر للبحث عن التدرن مثلاً أو عن نقائل ثانوية لسرطانة كلوية وتحقق من وجود أي مضض عظَمي موضعي يدل مثلاً على وجود نقائل ثانوية من سرطان الموثة أو ورم كظراني.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **FBC،ESR:**

إذا كان هناك نقص في الخضاب فقد يعني ذلك وجود بيلة دموية كبيرة أو خباثة وإذا كان الخضاب مرتفعاً فقد يعني وجود كثرة الحمر مترافق بورم كظراني. ترتفع الكريات البيض في الإنتان، وتنخفض الصفيحات في الحثل الدموي، وترتفع سرعة التثفل في الخباثات والتدرن.

- **فحص البول المجهري:**

وجود الكريات الحمر (يستثني وجودها البيلة الخضابية أو تناول مواد تؤدي لتغيير لون البول)، ووجود الكريات البيض أو المتعضيات في الخمج. الفحص الخلوي.

- **U&Es:**

في القصور الكلوي.

- **مسح التخثر Clotting screen:**

في المعالجة بمضادات التخثر والحثل الدموي.

- **CXR:**

في النقائل (نقائل قذيفة المدفع Mannonball Metastases في الأورام الكظرانية).

ويجرى أيضاً في حالات التدرن.

- **صورة بسيطة للكلية والحالب والمثانة KUB:**

في الحصاة الكلوية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **المستضد الموثي النوعي PSA:**

في سرطان الموثة.

- **اختبار التمنجل (sickling test):**

في داء الخلية المنجلية.

- **تصوير الجهاز البولي الوريدي IVU:**

للحصيات والأورام والتدرن.

- **الأمواج فوق الصوتية US:**

لتمييز الكيسي من الصلب والحصيات والانسداد البولي.

- **CT:**

للأورام (لمعرفة وجود الغزو ودرجته) والأكياس والاعتلال البولي الانسدادي.

- **تنظير المثانة:**

للتعرف على وجود الأخماج والأورام والحصيات.

- **تنظير الحالب:**

لاستقصاء وجود الأورام والانسدادات.

- **تصوير الأوعية الكلوية الانتخابي:**

لكشف وجود تشوهات الأوعية وكشف الأورام.

- **خزعة الكلية:**

لكشف أمراض الكبب الكلوية والأورام.

- **خزعة الموثة:**

لاستقصاء وجود سرطان الموثة.

نفث الدم HAEMOPTYSIS

هو عملية تقشع قشع مدمّى أو ممزوج بالدم. عندما يكون نفث الدم غزيراً فإن الأولويات الأساسية هي المحافظة على مجرى الهواء مفتوحاً والبدء بالإجراءات الإنعاشية الإسعافية قبل وضع التشخيص.

الأسباب CAUSES:

تنفسية:

السرطان القصبي.

ذات الرئة.

التدرن.

التهاب القصبات المزمن.

توسع القصبات.

الوذمة الرئوية.

متلازمة غود باستور (Good pasture).

الورم الحبيبي لواغنر.

وعائية:

الانصمام الرئوي.

ارتفاع الضغط الرئوي (التضيق التاجي).

توسع الأوعية الشعرية الوراثي النزفي.

جهازية:

اضطرابات التخثر.

القصة المرضية HISTORY:

- **البداية:**

من الممكن حدوث بداية مفاجئة لنفث الدم مع الصمات الرئوية وإنتانات الجهاز التنفسي الحادة، بينما تسلك الحالات الأخرى طريقاً مزمناً متكرراً. بالرغم من أن كمية الدم المتقشعة ليست مفيدة جداً كعلامة مميزة، ولكن كميات الدم القليلة الكافية لتلوين القشع باللون الوردي قد تكون مميزة للوذمة الرئوية.

قد تحدث بداية حادة للسعال مع نفث الدم في إنتانات الجهاز التنفسي والانصمام الرئوي وقد يكون القشع المرافق قيحياً وطويل الأمد، في حالات التهاب القصبات المزمن وتوسع القصبات. يترافق القشع مع نقط من الدم في حالات سرطان الرئة والتدرن وتضيق التاجي.

■ الزلة التنفسية:

قد يترافق مرض الرئة المزمن أو التضيق التاجي مع قصة طويلة للزلة التنفسية وقد تترافق البداية الحادة للزلة والتي تحدث مع الانصمام الرئوي مع ألم الصدر الجنبي. أما الزلة المترافقة مع وذمة رئوية قد يكون لها سرعات متفاوتة للبدء وغالباً ما تكون أسوأ عند الاضطجاع.

■ فقدان الوزن:

يشير فقدان الوزن المترقي مع الزمن إلى وجود التدرن أو السرطان القصبي خصوصاً عند المدخنين بشراهة وقد يكون التعرق الليلي صفة إضافية مرافقة للتدرن.

■ أماكن أخرى للنزف:

يجب استبعاد الأماكن الأخرى للنزف فمثلاً قد تكون البيلة الدموية نتيجة لمتلازمة غود باستور وكما يحدث الرعاف ونفث الدم معاً في الورم الحبيبي لواغنر وتوسع الأوعية الشعرية الوراثي النزفي وأحياناً قد يلتبس الرعاف بذاته مع نفث الدم عندما يختلط القشع مع دم من المجرى الأنفي.

■ القصة الدوائية والطبية السابقة:

يجب أخذ قصة مفصلة للتعرف على اضطرابات التخثر المعممة والتي قد تكون ولادية مثل: الناعور أو مكتسبة مثلاً عند استخدام مضادات التخثر أو في التخثر المنتشر داخل الأوعية (DIC). قد يؤهب وجود حمى رثوية لتضيق التاجي ويجب التفكير بمتلازمة غود باستور والورم الحبيبي لواغنر عند وجود مرض كلوي مرافق.

الفحص EXAMINATION :

■ التأمل:

إن الدنف علامة بارزة من علامات السرطان والتدرن والمرض الرئوي المزمن وقد يكون غياب الجسر الأنفي ووجود الأنف السرجي واضحاً عند مرضى الورم الحبيبي

لواغنر. كما أن تعجر الأصابع يترافق مع السرطان القصبي والتهاب القصبات المزمن وتوسع القصبات. قد يكون التبيغ الوجني الصفة المميزة للسحنة التاجية موجوداً في تضيق التاجي. وإن وجود أوعية دموية صغيرة متوسعة على الغشاء المخاطي هو علامة على وجود توسع الأوعية الشعرية الوراثي النزفي. كما قد يرتفع ضغط الوريد الوداجي JVP في حالات وجود صمة رئوية كبيرة أو قصور قلب احتقاني ثانوي لتضيق التاجي. وقد يكون الصدر مفرط التمدد مع نقصان حركة الشهيق في حالة التهاب القصبات المزمن.

■ **الجس:**

يكون تسرع القلب شائعاً جداً أثناء النوبة الحادة وقد يكون ذلك نتيجة للجهد الناتج عن السعال أو القلق أو فقدان الدم. وإن وجود عدم انتظام غير منتظم للنبض المميزة للرجفان الأذيني يترافق مع تضيق التاجي علاوةً على ذلك فإن مريض الرجفان الأذيني عادةً ما يكون خاضعاً للعلاج بمضادات التخثر. ويكون الاعتلال الغدي اللمفاوي فوق الترقوة موجوداً في الأخماج الرئوية أو السرطان. كما يجب جس ربلة الساق وقياسها للكشف عن وجود إيلام وزيادة في محيطها بسبب وجود تخثر وريدي عميق والذي قد يؤدي إلى صمات رئوية.

■ **القرع والإصغاء:**

من الممكن سماع فرقعات موضعة وتنفس قصبي في حالات ذات الرئة الفصية ويشير وجود فرقعات معممة خشنة إلى توسع القصبات والوذمة الرئوية والتهاب القصبات المزمن وتميل أصوات التنفس إلى الانخفاض في الشدة في التهاب القصبات المزمن، وقد يتظاهر مرضى السرطان القصبي بعدد من العلامات السريرية بسبب الورم البدئي مثل الوزيز بسبب انسداد الطرق الهوائية الكبيرة والانخماص الرئوي وانصباب الجنب وانسداد الوريد الأجوف العلوي. وعند الإصغاء للمنطقة التاجية فإن الصوت الأول المرتفع ونفخة منتصف الانبساط الدحرجية لتضيق التاجي يشتدان عند الزفير عندما يكون المريض في وضعية الاضطجاع الأيسر.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

● **فحص القشع:**

يجب جمع القشع من أجل الفحص المجهري وزراعته وإجراء الفحص الخلوي له، وقد يتم عزل المتعضيات المسببة للعدوى أو التعرف على وجود العلامات الخلوية للخباثة.

وعند الشك بوجود التدرن فيجب الحصول على زروع متسلسلة للقشع أو البول أو الغسالة القصبية أو عينات من الخزعة الرئوية أثناء التنظير القصبي. وللحصول على تشخيص أسرع فإنه من الممكن القيام بتقنيات تضخيم سلسلة البوليمراز (Polymerase chain amplification techniques) على العينات المزروعة.

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

قد يلاحظ تسرع قلب جيبي مع السعال العنيف والقلق وفقدان الدم ويكون (S_1 Q_3 T_3) علامة على إجهاد القلب الأيمن في الانصمام الرئوي بالرغم من أن الشذوذات غير النوعية للـ ST تكون أكثر شيوعاً.

- **تعداد عام للدم FBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في حالات نفث الدم المزمن مما يؤدي إلى فقر دم بعوز الحديد وقد لا يترافق النزف الحاد مع تغيرات في تعداد الدم إلى ما بعد 24 ساعة. وقد تزداد الكريات البيض بسبب النزف الحاد أو إنتانات الطرق التنفسية. وقد يكون زيادة وحيدات النوى علامة على وجود التدرن، كما أن نقص الصفيحات قد يحدث في حالات الحثل الدموي.

- **البولة والكهارل U&Es:**

إن القصور في وظيفة الكلية مع قيم غير طبيعية للبولة والكرياتينين قد يكون نتيجة لالتهاب الكبب والكلية في متلازمة غود باستور أو الورم الحبيبي لواغنر، وقد يؤهب فقدان الدم الحاد ونقص الحجم لقصور ما قبل كلوي.

- **مسح التخثر Clotting screen:**

لكشف أي خلل والذي قد يكون كطاول PT أو APTT.

- **CXR:**

قد يشاهد بقع ثنائية الجانب من التكثف على صورة الصدر في حالة ذات الرئة القصبية والوذمة الرئوية وتشير عتامة فص كامل لوجود ذات رئة فصية بالرغم من أن الصمات الرئوية قد يكون لديها نفس الشكل بسبب الظل ذي الشكل الإسفيني للاحتشاء الرئوي. وقد يُشاهد الظل الزغبي Fluffy Shadow المتكرر في حالة متلازمة غود باستور والورم الحبيبي لواغنر نتيجة النزف المتكرر داخل الأسناخ الرئوية. تكون البؤرة الأولية للإنتان التدرني عادةً في المناطق المتوسطة وحتى العلوية من الرئة والتي قد تشفى مع كميات متفاوتة من التكلس بينما يميل التدرن بعد الأولي للظهور بالظل القمي الاعتيادي، وقد تكون صورة الصدر طبيعية في حالة التهاب

القصبات المزمن غير المختلط، وبالمقابل ففي حالة التوسع القصبي فقد يكون من البارز وجود قصبات متوسعة مرئية مع تكثف دائم. وقد نرى علامات متنوعة في حالة السرطان القصبي على صورة الصدر مثل كتلة محيطية وكتلة نقيرية (سرية Hilar Mass وانخماص الفص أو انصباب جنب. إن الحافة المضاعفة للقلب الأيمن وتخييم (Tenting) حافة القلب الأيسر كلها علامات تضخم الأذينة اليسرى مع التضيق التاجي. وأما في حالة وجود ارتفاع الضغط الرئوي فقد يوجد توسع الشرايين الرئوية المركزية مع تضخم البطين الأيمن.

- **التنظير القصبي:**

إن التنظير القصبي بالألياف البصرية مهم لتحديد موضع النزف وبالإضافة لذلك يمكن أخذ خزعات من موضع النزف كعينات للتحليل المرضي، وقد تكون التشوهات الشريانية الوريدية المتعددة مرئية في حالة توسع الأوعية الشعرية الوراثي النزفي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS :

- **اختبار مانتوكس (Mantoux test):**

قد يجرى اختبار مانتوكس المخفف (1 في 10000) في البداية عند الأشخاص الذين لم يتلقوا لقاح BCG، وذلك عند الاشتباه بالتدرن.

- **فحص البول:**

قد يكشف وجود البروتين واسطوانات الكريات الحمر في حالة التهاب الكبب والكلية نتيجة لوجود متلازمة غود باستور والورم الحبيبي لواغنر.

- **أضداد الغشاء القاعدي الكبي (Antiglomerular basement antibodies):**

هي مميزة لمتلازمة غود باستور.

- **أضداد سيتوبلازما العدلات c-ANCA:**

يترافق الورم الحبيبي لواغنر مع مستويات مرتفعة منها.

- **خزعة الكلية:**

تساعد في تأكيد التشخيص في متلازمة غود باستور والورم الحبيبي لواغنر.

- **الخزعات النسيجية:**

معظم سرطانات الرئة تُشخص على صورة الصدر ونسبة أقل تُشخص بالفحص الخلوي ويمكن القيام بتشخيص نسيجي دقيق عن طريق أخذ خزعات بالتنظير

القصبي، أو بتنظير المنصف، أو بالخزعة الموجهة بالتصوير الطبقي المحوسب أو بالاستئصال الجراحي.

- **تصوير الصدر الطبقي المحوسب:**

عامل مساعد مهم في تشخيص التوسع القصبي في الحالات التي لا يمكن فيها الاعتماد على الخلفية السريرية وصورة الصدر للحصول على التشخيص الأكيد وقد يكون مهماً في تحديد مراحل سرطانات الرئة.

- **تفريسة التهوية/ التروية V/Q scan:**

مهم في تشخيص الانصمام الرئوي بالرغم من أن تصوير الأوعية الرئوية هو حالياً المعيار الذهبي.

- **تخطيط صدى القلب Echocardiography:**

يسمح بتقييم وظيفة البطين الأيسر في حالة الوذمة الرئوية وقد يساعد في تشخيص الانصمام الرئوي وذلك لأن قصور القلب الأيمن قد يحدث مع الصمات الكبيرة. وكما يمكن تقييم سلامة الدسامات القلبية وفي حالة التضيق التاجي من الممكن رؤية تضيق الدسام التاجي مع تحدد حركة وريقاته.

تشوهات اليد HAND DEFORMITIES

قد يؤدي ضعف وظيفة اليد إلى إعاقة شديدة.

الأسباب CAUSES:

ولادية:

غياب الإصبع.

الإصبع الزائدة.

التحام الأصابع.

التقفع العضلي الأولي، مثل اعوجاج المفاصل المتعدد الولادي (نادر) (arthrogryposis multiplex congenita).

مكتسبة:

الرض.

الحروق.

تقفع دوبيتران.

التقفع الولادي للإصبع الصغير (الخنصر).

التهاب المفاصل الرثياني.

تقفع فولكمان الإقفاري.

آفات الحبل الشوكي.

- التهاب سنجابية النخاع (Poliomyelitis)
- تكهف النخاع الشوكي.

آفات الضفيرة العضدية.

آفات الأعصاب المحيطية.

الأورام الغضروفية المتعددة [داء أولير (نادر)].

القصة المرضية HISTORY:

■ الأسباب الولادية:

يمكن تمييز هذه الآفات عند الولادة، فاعوجاج المفاصل المتعدد الولادي يكون نتيجة لعدم تمايز أنسجة اللحمة المتوسطة وهو غالباً مترافق مع عنصر عصبي، وإن هذه المشاركة تؤدي إلى تقفعات شديدة.

■ **الأسباب المكتسبة:**

الرض والحروق:

هناك قصة واضحة للرضوض والحروق.

تقفع دوبيتران: هناك تشوه طفيف في المراحل المبكرة فالمريض يشكو فقط من تثخن في راحة اليد قرب قاعدة البنصر. وفي نهاية الأمر يشكو المريض من عدم قدرته على بسط البنصر والإصبع الصغرى (الخنصر) وكما تتأثر القبضة أيضاً. تأكد من وجود قصة سابقة للصرع أو تشمع الكبد أو السكري.

التقفع الولادي للإصبع الصغرى:

يشكو المريض من تشوه في الإصبع الصغرى وغالباً ما يلاحظ ذلك عند الفحص الطبي الروتيني ويكون المريض غير مدرك لأي مشكلة.

التهاب المفاصل الرثياني:

تتشوه اليد بمرور الوقت ويكون المريض عادةً مدركاً بشكل جيد للتشخيص ويكون لديه ألم وتورم في المفاصل وضعف في اليد مع تشوه شديد.

التقفع الإقفاري لفولكمان:

وهو عبارة عن قصر في عضلات الساعد العاطفة الطويلة نتيجة لوجود نقص تروية وقد يكون هناك قصة رض على سبيل المثال كسر فوق اللقمة لعظم العضد أو ضمادة ضيقة تحد من جريان الدم أو مرض شرياني كالإنصمام مثلاً. وتكون حركة الأصابع مؤلمة ومحدودة وقد يكون هناك إحساس بوخز في اليد بشكل الدبابيس والأبر نتيجة للضغط على الأعصاب وفي النهاية تنتج اليد المخلبية.

آفات الحبل الشوكي:

يحدث مع مرور الوقت تشوه في الطرف ويكون التشخيص عادةً واضحاً وقد يكون هناك قصة للإصابة بالتهاب سنجابية النخاع.

آفات الضفيرة العضدية:

هناك عادةً قصة رض بالرغم من إمكانية وجود غزو للضفيرة من قبل ورم في بعض الأحيان.

آفات الأعصاب المحيطية:

يوجد عادة قصة واضحة لرض تشير إلى وجود أذية عصبية. افحص المريض للتأكد من وجود سبب محتمل لاعتلال الأعصاب المحيطية مثل السكري أو تبولن الدم أو أمراض النسج الضامة أو الجذام.

داء أولير Ollier's Disease:

ينتج عنه تشوه في الطرف ويكون هناك توزع غير منتظم لمناطق الغضروف والعظم ويشكو المريض من تشوه في المفاصل والعظام واحتمالية قصر في الطرف ويلاحظ وجود عقد على امتداد العظم.

الفحص EXAMINATION:

- **الأسباب الولادية:**

التشوهات الخلقية تكون واضحة عند الولادة وقد تكون مترافقة مع تشوهات خلقية في أماكن أخرى.

- **الأسباب المكتسبة:**

الرضوض والحروق:

قد تُرَى أشكال متنوعة من التشوهات تبعاً لدرجة الرض ونوعه. وأما في حالة الحروق فيكون تندب الجلد واضحاً.

تقفع دوبيتران:

يكشف الفحص عقدة قاسية في لفافة راحة اليد بالقرب من قاعدة البنصر ويظهر جلد متجعد عادة حول العقدة ويكون المفصل السنعي السلامي MCP والمفصل بين السلامي الداني PIP معطوفين وأما المفصل بين السلامي القاصي DIP فيصبح منبسطاً ويكون البنصر الأكثر تأثراً ثم يليه الإصبع الصغرى.

التقفع الولادي للإصبع الصغرى:

يكون في هذه الحالة المفصل السنعي السلامي MCP منبسطاً وكلا مفصلي بين السلاميات IP معطوفين ولا يكون هناك عقدة راحية.

التهاب المفاصل الرثياني:

هناك تثخن في المفاصل خصوصاً المفصل السنعي السلامي MCP والمفاصل بين السلاميات الدانية PIP وتصبح المفاصل مغزلية الشكل ويوجد انزياح زندي للأصابع ويتطور تشوه انعطافي ثابت في الرسغ مع بعض الانزياح الزندي، ويحصل تشوهات عنق الإوزة وعروة الزر وفي النهاية يتمزق الوتر ويؤدي إلى العديد من التشوهات.

التقفع الإقفاري لفولكمان:

يكون جلد راحة اليد شاحباً وتصبح اليد ضامرة ومخلبية وبسط الأصابع محدوداً ويتحسن عند عطف الرسغ وفي نهاية الأمر تصبح عضلات الساعد قاسية ومشدودة بسبب التليف الحاصل.

آفات الحبل الشوكي:

يكون في حالة التهاب سنجابية النخاع عادةً قصة واضحة والطرف عادةً أزرق محمّر وضامر ومشوه. وقد يسبب تكهف النخاع الشوكي تشوهات متنوعة في اليد وقد يكون في آفات العصبون المحرك العلوي عطف ثابت للرسغ والأصابع مع تقريب الإبهام.

أذيات الضفيرة العضدية:

إن سحب الذراع للأعلى قد يؤدي إلى تلف الجذر السفلي T1 للضفيرة العضدية والذي يعصب شدفياً العضلات الداخلية لليد وتصبح اليد مخلبية (شلل كلامبكة). افحص المريض للبحث عن وجود متلازمة هورنر نتيجة لسحب السلسلة الودية الرقبية.

آفات الأعصاب المحيطية:

في آفات العصب الزندي من المناسب تحري وجود أذية اللقيمة الإنسية وأيضاً أي دليل على تهتك حديث في الرسغ وفي حال انقطاع العصب عند الرسغ فإن كل العضلات الداخلية للأصابع (عدا العضلتين الخراطينيتين الكعبرتين - العصب الناصف) تصبح مشلولة وتبدو اليد مخلبية، وتكون مخلبية الإصبعين الثانية والثالثة أخف لأن العضلات الخراطينية سليمة وفي الحالات المتأخرة تصبح العضلات بين العظام ضامرة ويشاهد ذلك بوضوح على ظهر اليد ويتطور فقدان الحس للإصبع والنصف الإنسية. أما إذا أصيب العصب عند المرفق فإن العضلات العاطفة للأصابع العميقة للإصبعين الرابع والخامس تصبح مشلولة ولذلك فإن مخلبية هذين الإصبعين تكون غير واضحة.

وفي آفات العصب الناصف عند الرسغ فإن إلية اليد Thenar Eminence تصبح ضامرة نتيجة لشلل مقابلة الإبهام، ويتم فقدان الحس للأصابع الثلاثة ونصف الوحشية وتصبح الحركات الدقيقة مثل التقاط جسم صغير ضعيفة.

في الآفات على مستوى المرفق فإن عطف الرسغ يصبح ضعيفاً وعضلات الساعد ضامرة ويحدث انزياح باتجاه الزند عند الرسغ لأن عطف الرسغ يعتمد على العضلة الزندية العاطفة للرسغ والنصف الإنسي من العضلة العاطفة للأصابع العميقة، وغالباً تثبت وضعية اليد مع عطف الإصبعين الإنسيين واستقامة الإصبعين الوحشيين.

داء أولير:

هناك كتل عديدة (أورام غضروفية) متوضعة على العظام وغالباً تترافق مع قصر الطرف وقد تقتصر الإصابة على طرف واحد أو عظم واحد.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

معظم الحالات المذكورة أعلاه تكون واضحة عند الفحص السريري.

- **تعداد عام للدم FBC وسرعة التثفل ESR:**

ينخفض الهيموغلوبين في فقر الدم الناتج عن مرض مزمن مثل التهاب المفاصل الرثياني.

- **العامل الرثياني (RF):**

في التهاب المفاصل الرثياني.

- **اختبار وظائف الكبد LFTs:**

في تشمع الكبد (دوبيتران).

- **سكر الدم:**

في السكري واعتلال الأعصاب المحيطية وتقفع دوبيتران.

- **صورة شعاعية للذراع:**

كسور موضعية مثل كسر فوق لقمة العضد مع تقفع فلولكمان التالي لنقص التروية.

- **صورة شعاعية لليد:**

في التهاب المفاصل الرثياني وداء أولير (مناطق شفافة عديدة في عظام اليد).

- **التصوير بالرنين المغناطيسي MRI:**

في آفات العمود الفقري مثل تكهف النخاع الشوكي.

- **دراسات التوصيل العصبي:**

في آفات الضفيرة العضدية وآفات الأعصاب المحيطية.

HEADACHE الصداع

من المهم عند تقييم مريض الصداع استبعاد الأسباب المهددة للحياة أولاً.

الأسباب CAUSES :

الصداع الحاد:

الرض.

مخي وعائي:

ـ نزف تحت العنكبوتية.

ـ نزف داخل القحف / احتشاء.

التهاب السحايا.

خمج جهازي.

زرق حاد مغلق الزاوية.

الصداع المزمن أو المتكرر:

الصداع التوتري.

الشقيقة.

الصداع العنقودي.

ارتفاع الضغط داخل القحف:

ـ ورم.

ـ استسقاء الرأس.

ـ خراج مخي.

التهاب الشريان الصدغي.

الأدوية: تري نترات الغلسيريل والنيفيديبين وسحب مادة ما.

القصة المرضية HISTORY :

■ **البداية:**

إن البداية المفاجئة للألم عادة ما تعود لسبب وعائي خصوصاً النزف تحت العنكبوتية من تمزق أم دم توتية. أما الصداع العنقودي والشقيقة فيشتدان خلال دقائق وقد يستمران لعدة ساعات، بينما يميل التهاب السحايا للتطور خلال ساعات إلى أيام.

ويجب أن يرشدنا الصداع الشديد المتفاقم والذي يتطور خلال أيام أو أسابيع إلى التفكير بوجود ارتفاع الضغط داخل القحف بسبب وجود ورم أو نزف مزمن تحت الجافية. وأما في حالة الشقيقة فقد يسبق بداية الصداع حدوث النسمة (Aura).

■ المكان:

يكون الصداع بسبب الشقيقة أحادي الجانب عادةً. وبشكل أكثر نوعية فإن الألم يكون فوق الشرايين الصدغية السطحية في حالة التهاب الشريان الصدغي وقد يترافق مع عرج الفك. ويرافق الزرق ألم بالعين، ويرافق الصداع العنقودي ألم خلف الحجاج.

■ الصفة:

تساهم شدة الألم بشكل ضعيف في التمييز بين الأسباب ولكن صفة هذا الألم قد يكون لها فائدة فغالباً ما يعاني مرضى الصداع التوتري من إحساس لعصابة محكمة حول الرأس وهذا على عكس الألم الناتج عن ارتفاع الضغط داخل القحف والذي غالباً ما يكون ذا طبيعة انفجارية، ويكون الصداع المتعلق بالشقيقة ذا طبيعة نابضة.

■ العوامل المؤهبة:

يؤهب تغيير الوضعة أو السعال أو العطاس للصداع الناتج عن ارتفاع الضغط داخل القحف وغالباً ما يكون أسوأ في الصباح. وقد يعاني مرضى الشقيقة والتهاب السحايا والزرق من الخوف من الضياء وربما يفضلون الاستلقاء في غرفة معتمة عند بدء الصداع وكما أن هناك بعض أنواع الطعام مثل الجبن قد يؤهب للشقيقة. ومن الشائع جداً أن ينتج الصداع عن مرض جهازي مثل الزكام أو الانفلونزا. أما الصداع المتأثر باللمس فيحدث مع التهاب الشريان الصدغي السطحي في حالة التهاب الشريان الصدغي. وقد توضح القصة الدوائية العلاقة بين تناول الأدوية مع الصداع الناتج كتأثير جانبي للدواء مثل تري نترات الغليسريل والنيفيدبين، وبالمقابل فإن الصداع قد ينتج أيضاً عن سحب مادة ما عند المرضى المعتادين عليها.

■ الأعراض المرافقة:

يعاني مرضى التهاب السحايا والنزف تحت العنكبوتية من صلابة النقرة (الحالة السحائية) ويحدث مع الزرق اضطرابات في الرؤية على شكل هالات. ويعاني مرضى

الشقيقة من أضواء وامضة وتغير في إدراك الحجم وقد يترافق ذلك مع الخوف من الضياء والغثيان والقيء. وقد يحدث ضعف عصبي عابر وبالمقابل فإن الأعراض العصبية المتفاقمة والمترافقة مع الصداع تشير أكثر إلى آفة تشغل حيزاً داخل القحف مثل النزف والخراج والورم. وقد ينتج فقدان للرؤية أحادي الجانب كاختلاط لالتهاب الشريان الصدغي، وقد يترافق هذا الأمر مع ضعف العضلات الدانية أو إيلامها. وقد يعاني مرضى الزرق والصداع العنقودي من احتقان بالملتحمة بالإضافة إلى الدماع والذي هو صفة للأخير. ويكون الصداع في حالة استسقاء الرأس سوي الضغط مترافقاً مع العته والنعاس والقيء والرنح.

الفحص EXAMINATION:

■ درجة الحرارة:

قد تشير الحمى لوجود خمج جهازي أو التهاب السحايا.

■ التأمل:

تقييم حالة الوعي يجب أن تحدد وتقاس وفقاً لمقياس غلاسكو للسبات "GCS" وإن نقص الوعي هو علامة لمسبب مستبطن وخطير مثل التهاب السحايا ونزف تحت العنكبوتية وارتفاع الضغط داخل القحف وإن تأمل العينين قد يكشف احتقان الملتحمة في حالة الزرق والصداع العنقودي أثناء الهجمة الحادة. وفي حالة الزرق الحاد مغلق الزاوية تكون القرنية ضبابية والحدقة ثابتة ونصف متسعة وكلاسيكياً تكون النزوف النمشية على الجلد مرئية في حالة التهاب السحايا بالمكورات السحائية.

■ الجس:

الإيلام على امتداد سير الشريان الصدغي السطحي مع غياب النبض هو أمر ثابت في حالة التهاب الشريان الصدغي.

■ الفحص العصبي:

يجرى فحص عصبي مُفصّل للتعرف على مكان وجود أي آفة بنيوية فقد يحدث فقدان كامل للرؤية أحادي الجانب ناتج عن التهاب الشريان الصدغي والذي يسبب التهاب العصب البصري الإقفاري، وقد تحدث عيوب في مجال الرؤية (العمى الشقي)

نتيجة لآفات على الجانب المقابل من قشرة المخ. ويجرى تنظير لقاع العين للتعرف على وجود الوذمة الحليمية بسبب ارتفاع الضغط داخل القحف. وقد يحدث شلل شقي عابر مع الشقيقة ولكن الشلل الشقي المتفاقم يشير أكثر لوجود آفة شاغلة للحيز مثل ورم أو نزف داخل القحف.

وإن صلابة النقرة هي صفة لكل من التهاب السحايا والنزف تحت العنكبوتية وقد تكون علامة كيرنغ موجودة في حالة التهاب السحايا (ألم عند بسط الركبة مع مفصل ورك في وضعية العطف).

الاستقصاءات العامة GENERL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم عام FBC:**

تزداد الكريات البيض في التهاب السحايا وخراج الدماغ والخمج الجهازي.

- **سرعة التثفل ESR:**

ترتفع في حالة التهاب الشريان الصدغي والخمج والنزف داخل القحف.

- **البولة والكهارل U&Es:**

في الصداع الناتج عن ارتفاع الضغط مع مرض كلوي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

في معظم الحالات يمكن الوصول للتشخيص من خلال التقييم السريري ويمكن لبعض المظاهر المأخوذة من القصة المرضية والفحص السريري أن تكون دليلاً للاستقصاءات النوعية.

- **زرع الدم:**

في التهاب السحايا والخمج الجهازي.

- **التصوير الطبقي المحوسب/ التصوير بالرنين المغناطيسي:**

رؤية البنى التشريحية في القحف مهم جداً في حالة وجود خلل عصبي، فقد ترى أورام مخية على شكل كتل ذات كثافة عالية أو منخفضة ويمكن التعرف على النزف داخل القحف كمناطق ذات كثافة عالية خلال الأسبوعين الأوليين. ويظهر الورم الدموي

خارج الجافية على شكل ظل عدسي الشكل والورم الدموي تحت الجافية على شكل ظل هلالي. وبعد أسبوعين تصبح الأورام الدموية داخل القحف ذات كثافة مماثلة وتصبح رؤيتها أكثر صعوبة. وقد يرى الدم بعد النزف تحت العنكبوتية في الحيز تحت العنكبوتية. وفي بعض الأحيان يمكن تصوير أم الدم أو التشوهات الشريانية الوريدية. وقد يشير تضخم البطينات إلى استسقاء الرأس. ولقد زاد التصوير الطبقي المحوسب مع حقن مادة ظليلة الدقة في تشخيص الخراجات المخية.

- **البزل القطني:**

قد نلجأ للبزل القطني بعد استبعاد ارتفاع الضغط داخل القحف عندما يكون هناك شك بوجود التهاب السحايا أو نزف تحت العنكبوتية. يعاين السائل الدماغي الشوكي المبزول من حيث القوام واللون فالقوام يكون عكراً في التهاب السحايا. وأما تصبغه باللون الأصفر (ويعرف بالاصفرار Xanthochromia) فيحدث في النزف تحت العنكبوتية بسبب تدرك الهيموغلوبين من كريات الدم الحمراء. ثم يرسل السائل الدماغي الشوكي بعد ذلك للفحص المجهري والزراعة والفحص الخلوي والكيميائي الحيوي للسكر والبروتين. الزيادة غير الطبيعية في الكريات البيض قد ترى مجهرياً في حالة التهاب السحايا التدرني أو الجرثومي وأما في حالة التهاب السحايا الفيروسي فإن محتوى السكر يكون طبيعياً ومحتوى البروتين مرتفع قليلاً.

- **خزعة الشريان الصدغي:**

يمكن ملاحظة الالتهاب والخلايا العرطلة في التهاب الشريان الصدغي وبالمقابل فإن الخزعة الطبيعية لا تنفي وجود المرض وذلك لاحتمالية وجود إصابة شدفية للشريان الصدغي.

- **قياسات الضغط داخل العين:**

يكشف قياس الضغط وجود ارتفاع في الضغط داخل العين في حالة الزرق.

الشلل الشقي HEMIPLEGIA

هو شلل أحد جانبي الجسم وعادة ما ينشأ من آفة أحادية الجانب فوق منتصف الحبل الشوكي الرقبي.

الأسباب CAUSES:

وعائية:

نقص التروية المخي الوعائي.

الاحتشاء المخي أو الشوكي.

النزف داخل المخ.

التهاب الأوعية المخية.

رضي:

الورم الدموي تحت الجافية.

الورم الدموي خارج الجافية.

أسباب أخرى:

الصرع.

ورم دماغي.

خراج المخ.

التصلب المتعدد.

القصة المرضية HISTORY:

- **البداية:**

سرعة البداية تكون مهمة عند محاولة تحديد الإمراضية الأساسية. فالبداية المفاجئة للشلل الشقي عادة تكون بسبب حادث مخي وعائي مثل: هجمة إقفارية عابرة TIA أو احتشاء أو نزف داخل الدماغ وأما الشلل الشقي الذي يتطور خلال دقائق أو ساعات فمن الممكن أن يكون نتيجة تطور لنزف تحت الجافية أو خارجها. قد تنتج

الأورام الدموية المزمنة تحت الجافية عند الكهول بسبب تمزق الأوردة الجسرية دون وجود رض واضح مع العلم بأن قصة وجود رض عادة ما تكون موجودة. وقد ينتج الشلل الشقي تحت الحاد كجزء من طيف العيوب العصبية التي تحدث نتيجة لزوال النخاعين بسبب التصلب المتعدد. وأما البداية التدريجية للشلل الشقي فهي عادة بسبب ورم بالرغم من أن الخراج المخي والنزف المزمن تحت الجافية قد يتبعان نفس السير الزمني.

■ **العوامل المحرضة:**

قد تكون قصة الرض واضحة في حالة النزوف تحت الجافية وخارجها وقد تنتج الخراجات المخية من الانتشار الدموي للجراثيم من موضع بعيد للخمج مثل الرئة أو بشكل أكثر شيوعاً من الأخماج المجاورة مثل أخماج الأذن الوسطى والخشاء والجيوب الأنفية. وربما ينتج شلل شقي عابر أيضاً عن نوبة صرعية وهذه الظاهرة تعرف بشلل تود ولسوء الحظ فإن العامل المحرض للنوبة قد يكون شذوذ بنيوي مستبطن مثل الخراج المخي أو الورم.

■ **الأعراض المرافقة:**

نتيجة للطبيعة متعددة البؤر لزوال النخاعين فإن مرضى التصلب المتعدد قد يتظاهرون بالعديد من الأعراض المرافقة مثل مناطق من العجز الحركي والحسي والشفع وعمى أحادي الجانب بسبب التهاب العصب البصري. إن أعراض الآفات الشاغلة للحيز مثل الورم الدموي خارج الجافية والورم الدماغي أو الخراجات المخية قد تظهر أيضاً مع أعراض ارتفاع الضغط داخل القحف مثل الصداع الذي يكون عادةً أسوأ في الصباح ومع السعال أو العطاس إضافة للغثيان والإقياء والنعاس.

الفحص EXAMINATION:

الفحص العصبي هو المفتاح لتحديد موضع الآفة. فالآفات القشرية والتي تصيب المنطقة الحركية للفص الجبهي تؤدي إلى شلل كامل للجانب المقابل، ونفس التأثيرات قد تحدث نتيجة لآفات المحفظة الداخلية. وتميل آفات الدماغ المتوسط لإحداث عجز عصبي للوجه في نفس الجانب وعجز عصبي للأطراف في الجانب المقابل. وقد يحدث العجز العصبي متعدد البؤر نتيجة لزوال النخاعين أو النقائل المخية.

بعد تحديد مكان الآفة يجب أن يستمر الفحص لتحديد السبب فالحمى مثلاً يجب أن تنبه الطبيب إلى وجود خمج والذي قد يسبب حدوث خراج مخي. وجود (التقلصات العضلية الموجية Myokymia في الوجه وهي عبارة عن تموج العضلات على أحد جانبي الوجه يشير بشدة إلى وجود تصلب متعدد وإذا شملت الرقبة فقد ينتج عنه علامة ليرمت (Lhermitte's sign) وهي عبارة عن تنميل اليدين والقدمين عند عطف الرقبة.

إن فحص الأذن والخشاء والجيوب مفيد لتحديد مكان الخمج البدئي والذي قد ينشأ عنه خراج في المخ. وأما المواضع البعيدة والتي قد تؤهب للخراجات في المخ هي الرئة والصمات الناتجة عن التهاب الشغاف الخمجي وتفحص الأصابع للبحث عن احتشاءات طية الظفر في حالة التهاب شغاف القلب، ويصغى البرك لكشف أي نفخات جديدة أو متغيرة ويقيّم النبض لكشف اللانظمية الناتجة عن الرجفان الأذيني والتي تعتبر عاملاً مؤهباً للصمات المخية. ويتم قياس ضغط الدم وذلك لأن ارتفاعه يعتبر عامل خطورة إضافي للنشبة. وقد يكون وجود اللغط السباتي بسبب لويحات التصلب العصيدي هو العلامة الوحيدة في الفحص والتي توجد مع TIAs.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد عام للدم FBC:**

ترتفع الكريات البيض في الخمج والاحتشاء.

- **سرعة التثفل ESR:**

تزداد في الخمج والاحتشاء والتهاب الأوعية.

- **البولة والكهارل والمغنيزيوم والكالسيوم والسكر:**

اضطراب الشوارد قد يكون عاملاً محرضاً للاختلاج.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **زروع الدم:**

عند الشك بوجود خراج مخي.

- **التصوير الطبقي المحوسب للراس CT:**

في النزف داخل المخ والنشبة وإصابات الرأس والأورام والخراجات.

- **التصوير بالرنين المغناطيسي للرأس والعمود الرقبي MRI:**

في الخراج والأورام وزوال النخاعين البؤري واللويحات حول البطينية في التصلب المتعدد.

- **تخطيط الدماغ الكهربي EEG:**

في حالات الصرع.

- **البزل القطني:**

استبعد ارتفاع الضغط داخل القحف أولاً. وفي حالة التصلب المتعدد هناك زيادة IgG في السائل الدماغي الشوكي وتظهر العصابات قليلة النسيلة Oligoclonal Bands عند إجراء الرحلان الكهربائي.

ضخامة الكبد HEPATOMEGALY

هي عبارة عن كبر في حجم الكبد وأكثر الأسباب شيوعاً في المملكة المتحدة هي التشمع وقصور القلب والخباثة الثانوية.

الأسباب CAUSES:

التهاب الكبد/الخمج:

حادة:
- الفيروسية.
- الجرثومية.
- الأوالي.
- الطفيليات.
- الكحول.

مزمنة:
- التهاب كبد مزمن فعال.

احتقانية:
- قصور القلب الاحتقانى.
- التهاب التامور العاصر.
- متلازمة بود- كياري.

الارتشاح:
- تشحم الكبد.
- الداء النشوانى.

أمراض الطرق الصفراوية:
- الانسداد خارج الكبد مثل سرطان البنكرياس وتضيق القناة الصفراوية.
- التهاب الطرق الصفراوية التصلبى.
- التشمع الصفراوى البدئى.

الخباثة:
- النقائل.
- الورم الكبدي.
- الاضطرابات النقوية التكاثرية Myeloproliferative Disorders.

التليف النقوي.

ابيضاض الدم.

استقلابي:

أدواء خزن الغليكوجين.

الصباغ الدموي.

داء ويلسون (التنكس الكبدي العدسى).

أسباب أخرى:

التشمع خفى المنشأ.

فص ريدل.

القصة المرضية HISTORY:

■ التهاب الكبد/الخمج:

حالات التماس مع مرضى التهاب الكبد أو نقل الدم أو سوء استخدام الأدوية أو الشاذين جنسياً أو مرضى الناعور أو عمال الصحة أو الأشخاص في المؤسسات الاجتماعية مثل الملاجىء والسجون أو السفر للخارج أو داء الأميبات (منتشرة عالمياً) أو التهاب الكبد البائي (في المناطق المدارية وحوض المتوسط) أو داء الكيسات المائية (في البلدان التي تربي الأغنام مثل استراليا وأفريقيا وويلز) أو داء البريميات الرقيقة (السباحة في المياه التي تعيش فيها الجرذان) أو قصة سوء تناول الكحول أو التهاب الكبد المزمن الفعال (قصة تناول الكحول أو التهاب الكبد البائي B أو C). يتظاهر المرضى في معظم حالات التهاب الكبد/ الخمج بالتوعك العام والحمى وفقدان الوزن واليرقان.

■ الاحتقان:

قصة قصور قلب احتقاني حيث يعاني المريض غالباً من ألم بطني علوي بسبب الكبد الممضة نتيجة لتمدد محفظة الكبد. وفي حالة التهاب التامور العاصر يكون هناك غالباً قصة تدرن ولكن قد يكون نتيجة لأي سبب لالتهاب التامور مثل القصور الكلوي الحاد. إن متلازمة بود- كياري هي عبارة عن خثار الوريد الكبدي وقد يساهم بذلك وجود قصة تناول حبوب منع الحمل. وإن وجود ورم قد يسبب حدوث هذه المتلازمة وتتظاهر بشكل مخاتل بارتفاع وريد الباب واليرقان والتشمع.

■ **الارتشاح:**

هناك عادة قصة سوء تناول الكحول مع ارتشاح شحمي. ويكون الداء النشواني الثانوي تالٍ لخمج مزمن مثل التهاب المفاصل الرثياني وتوسع القصبات وداء الأمعاء الالتهابي.

■ **أمراض الطرق الصفراوية:**

قد يوجد قصة لانسداد في الطرق الصفراوية مثل: سرطان البنكرياس أو تضيق في القناة الصفراوية الجامعة. ويسبب التهاب الطرق الصفراوية التصلبي يرقاناً وحمى ويترافق مع داء الأمعاء الالتهابي، ويكون التشمع الصفراوي البدئي مجهول السبب و90٪ من المرضى من الإناث ويتظاهر بيرقان انسدادي وحكة وضخامة الكبد والطحال ويعاني المريض من وجود بول غامق وبراز شاحب.

■ **الخباثة:**

السبب الرئيسي هو النقائل من خباثة معروفة والتي ربما تكون قد عولجت مثلاً في السبيل المعدي المعوي أو القصبات. إن الورم الكبدي نادر وفي حالة الورم الكبدي قد تكون هناك قصة سابقة لالتهاب الكبد البائي أو استخدام حبوب منع الحمل أو التعرض للأفلاتوكسين أو استخدام الستيروئيدات البانية. ويتظاهر الداء النقوي التكاثري بالتعب والوسن والتكدم العفوي.

■ **الأسباب الاستقلابية:**

داء خزن الغليكوجين نادر ويكون عادة هناك ضخامة كبدية منذ الولادة. العلامات الباكرة للصباغ الدموي يشمل التعب وألم المفاصل وضخامة الكبد وأما تصبغ الجلد والسكري وقصور القلب فهي علامات متأخرة.

■ **أسباب أخرى:**

يتظاهر التشمع خفي المنشأ بضخامة الكبد بدون أي سبب واضح، وعادةً ما يكشف فص ريدل صدفة وهو حالة لا عرضية وامتداد للفص الأيمن للكبد تحت حافة الأضلاع وهو اختلاف تشريحي طبيعي.

الفحص EXAMINATION:

تذكر بأن حافة الكبد المجسوسة ليست دائماً تدل على تضخم وقد تكون مدفوعة للأسفل بفعل فرط الانتفاخ الرئوي مثل النفاخ ولذلك يجب تحديد الحافة العليا للكبد

بالقرع وهي عادة عند مستوى الضلع الثامنة في الخط المنصف للإبط، ويمكن أن تكون حافة الكبد حادة أو مدورة وسطحه أملس أو عقيدي.

تضخم الكبد المعمم والمنتظم ودون وجود يرقان:

التشمع.

قصور القلب الاحتقاني.

كثرة الشبكيات.

متلازمة بود- كياري.

الداء النشواني.

تضخم الكبد المعمم والمنتظم مع اليرقان:

التهاب الكبد الفيروسي.

انسداد الطرق الصفراوية.

التهاب قناة الصفراء.

تضخم الكبد المعمم وغير المنتظم دون وجود يرقان:

أورام ثانوية.

تشمع الكبد ضخم العقيدات.

مرض الكبد متعدد الكيسات.

الأورام البدئية.

تضخم الكبد المعمم وغير المنتظم مع يرقان:

التشمع.

نقائل كبدية واسعة الانتشار.

الضخامات الموضعية:

فص ريدل.

داء الكيسات المائية.

الخراج الأميبي.

السرطانة البدئية.

■ **الفحص العام:**

اجـرِ فحص عام للمريض وابحث عن علامات قصور الكبد: اليرقـان والرعـاش الخافق والحبن والوحمات العنكبوتية والراحة الكبدية وتعجر الأصابع والتشدي وضمور الخصية وتمدد الأوردة حول السرة (رأس المدوسة) والوذمة المحيطية والوبش (ابيضاض بالأظافر) وتقفع دوبيتران والصفروم والتبدلات العقلية والسبات والتكدم. ابحث عن حلقات كايسر- فلايشر (داء ويلسون).

الاحتقان:

علامات قصور القلب الاحتقاني. الوذمة المحيطية. الكبد الممضة المتوترة، ارتفاع ضغط الوريد الوداجي JVP. هناك حبن حاد وألم في الربع العلوي الأيمن في متلازمة بود- كياري. وفي حالة التهاب التامور العاصر هناك قصور قلب أيمن مترافق مع حبن. ويرتفع JVP بشكل متناقض مع الشهيق. النبض المتناقض وانخفاض الضغط.

داء الطرق الصفراوية:

هناك يرقان شديد ومن الممكن جس كتلة مترافقة مع خباثة بدئية ومن الممكن جس المرارة في حالة سرطان رأس البنكرياس (قانون كورفوازييه Courvoisier's Law).
أما في حالة التشمع الصفراوي البدئي فنلاحظ تعجر الأصابع وصفروم وألم مفاصل وشعرانية وارتفاع ضغط وريد الباب وتصبغ الجلد.

داء الخزن:

هناك علامات ارتفاع ضغط وريد الباب وتصبغ الجلد في حالة الصباغ الدموي.

الخباثة:

من الممكن وجود اليرقان والحبن وقد توجد كتلة بطنية تمثل الخباثة البدئية. توجد ضخامة الطحال والاعتلال الغدي اللمفاوي بالإضافة إلى ضخامة الكبد في الاضطرابات النقوية التكاثرية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم عام وسرعة التثفل FBC،ESR:**

ينخفض الهيموغلوبين في الخباثة والاضطرابات النقوية التكاثرية، وتزداد الكريات البيض في الخمج وابيضاض الدم، وترتفع سرعة التثفل في الخمج والخباثة.

- **البولة والكهارل U&Es:**

غالباً ما يضطرب الكرياتينين في قصور الكبد. وقد يحدث القصور الكلوي في حالات الداء النشواني.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTS:**

تضطرب الأنزيمات الكبدية في التهاب الكبد، حيث ترتفع الفوسفاتاز القلوية بشكل كبير في الانسداد ويتفاوت النمط تبعاً لسبب ضخامة الكبد.

- **مسح التخثر Clotting screen:**

يزداد الـ PT في غياب عوامل التخثر.

- **الاختبارات المصلية لالتهاب الكبد:**

ترتفع تبعاً للسبب.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **حديد المصل، السعة الكلية الرابطة للحديد وفيرتيين المصل:**

غير طبيعية في الصباغ الدموي.

- **زرع الدم والبول والسائل الدماغي الشوكي:**

يكون إيجابياً في داء البريميات الدقيقة.

- **مسح الأضداد Antibody screen:**

ترتفع الأضداد المضادة للميكروسومات في التشمع الصفراوي البدئي.

- **رشافة نقي العظم:**

في التليف النقوي وابيضاض الدم.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

في التشمع والنقائل والخراج الأميبي والكيسة المائية وفص ريدل.

- **التصوير الطبقي المحوسب CT:**

في آفات البنكرياس والتشمع وكيسات الكبد.

- **خزعة الكبد:**

في مرض موجود مثل الخباثة والداء النشواني.

الفواق HICCUPS

عبارة عن صوت مميز ينتج عن تقلصات لاإرادية للحجاب الحاجز وينهى بانغلاق مفاجيء للمزمار، وفي الغالب هي حالة محددة لذاتها والسبب الأشيع للفواق هو تمدد المعدة بعد التناول السريع للطعام أو السوائل أو الهواء وأما أسباب الفواق المعند فهي مبينة أدناه.

الأسباب CAUSES:

تخريش العصب الحجابي:

- سرطان المريء.
- أورام الرئة.
- الجراحة الصدرية.

تخريش الحجاب الحاجز:

- ذات رئة الفص السفلي.
- الدبيلة الجنبية.
- الخراج تحت الحجابى.
- الفتق الحجابى.
- تمدد المعدة.

حالات عصبية مركزية:

- التهاب الدماغ.
- التهاب السحايا.
- الأورام.
- النزف داخل القحف.
- نشبة جذع الدماغ.

أسباب أخرى:

- الهيستيريا.
- تبولن الدم.
- الانسمام.

القصة المرضية HISTORY:

تنشأ أسباب الفواق على الأغلب من الجهاز التنفسي والبطني والعصبي، لذلك فإن القصة تُبنى بشكل مماثل.

■ **القصة التنفسية:**

إن وجود السعال مع القشع القيحي ينطوي ضمناً على وجود إنتان في الجهاز التنفسي وتميل حالة مرضى ذات الرئة لأن تكون أسوأ وقد يعانون من قشعريرة مع حرارة مرتفعة. بعد الجراحة الصدرية أو ذات الرئة فإن الحمى المزمنة والآلام الصدرية الجنبية مع فشل تراجع أعراض الخمج الأصلي قد يعني بداية حدوث الدبيلة. قد يكون الفواق ناتج أيضاً عن اختلاط عن الجراحة الصدرية الاعتيادية، وعندما يكون السعال المزمن مترافقاً مع نفث الدم وفقدان للوزن عند شخص مدخن فإن التشخيص المرجح هو ورم قصبي.

■ **القصة البطنية:**

إن أعراض عسرة البلع المتطورة بسرعة وغير المؤلمة قد تكون نتيجة لسرطان المري. عند الولادة قد يتظاهر الفتق الحجابي على شكل ضائقة تنفسية وبالمقابل قد يكون المرضى البالغون الذين يعانون من فتوق حجابية لا عرضيين تماماً ولا يكتشفون ذلك إلا بعد صورة الصدر. قد تؤدي الحمى المتواصلة والتوعك عند المرضى بعد الجراحة البطنية أو بعد الحالات الالتهابية الموضعية مثل التهاب الزائدة الدودية والتهاب المرارة إلى خراج داخل البطن. إن أشيع الأماكن لتجمع القيح هي المنطقة تحت الحجاب، وهذا يترافق مع فواق معند وألم رجيع إلى الكتف أو لوح الكتف أو العنق، وقد يكون انصباب الجنب علامة مرافقة.

■ **القصة العصبية:**

تترافق الحمى والصداع والخوف من الضياء وصلابة النقرة مع التهاب السحايا، ويميل مرضى التهاب الدماغ للتظاهر بالتخليط وتبدلات الوعي والنوب الصرعية. إن جذع الدماغ هو بنية تشريحية معقدة جداً ولذلك فإن أعراض الاحتشاء أو الورم قد تتفاوت بشكل كبير اعتماداً على توزع الأعصاب القحفية السفلية المصابة. قد يتظاهر المريض بالشفع وصعوبة البلع والرتة وفقدان الحس الوجهي. ومن الممكن أن تتظاهر الآفات القشرية الناشئة من الاحتشاء أو النزف بالحبسة وعيوب الساحة البصرية

والشلل الشقي والعلامة الأساسية الفارقة بين الاحتشاء والورم هي سرعة البداية وبشكل عام فإن النشبة تظهر بشكل مفاجئ والأورام بشكل مترق.

■ **أسباب أخرى:**

إن زوال الفواق عند النوم والأعراض الغريبة المرافقة وعدم الترابط في القصة كلها تشير إلى الفواق من النوع الهستيري. وقد يكون تبولن الدم مسؤولاً عن الفواق.

الفحص EXAMINATION:

هناك الكثير من أسباب الفواق المعند تترافق مع الحمى وتشير الحمى المرتفعة والمتأرجحة إلى تجمع القيح مثل الدبيلة والخراجات تحت الحجابية.

يجب إجراء الفحص البطني. قد تشير المناطق الممضة إلى التهاب الزائدة الدودية أو التهاب المرارة كأسباب مؤهبة للخراج تحت الحجابي. وبشكل أدق فإن الخراج البطني قد ينتأ إلى سطح الجلد أو يظهر على شكل مضض فوق جدار أسفل الصدر.

وقد يكشف الفحص التنفسي انحراف الرغامى بدبيلة ضخمة أو انصباب الجنب الناجم عن السرطان. تقابل المناطق ذات القرع الأصمي التكثف والانصباب والدبيلة. قد ترفع الفتوق الحجابية الضخمة الحجاب الحاجز بشكل كاف لإحداث علامات تشير إلى الانصباب. وكما يمكن الإصغاء إلى الخراخر الخشنة الموضعة والتي تقابل مناطق التكثف الناتجة عن ذات الرئة. ويزداد الرنين الصوتي بوجود التكثف ولكنه يضعف بوجود الانصباب والدبيلة. ويجرى الفحص العصبي لتحديد القطاع التشريحي الموافق لأي آفة. كما يجب إجراء اختبارات خاصة بالتهاب السحايا ويشمل ذلك علامة كيرنغ (في حالة العطف للمفصل الوركي والركبة يحصل ألم عند بسط مفصل الركبة) وعلامة برودزنسكي (ينتج عطف للمفصل الوركي والركبة عند عطف الرقبة).

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

عند غياب العلامات التي ترشدنا للقيام باستقصاءات نوعية في القصة فإنه يجب إجراء هذه الاستقصاءات العامة.

- **تعداد دم عام FBC:**

  تزداد الكريات البيض في حالة الخمج والخباثة.

- **سرعة التثفل ESR:**

  تزداد في الخمج والخباثة.

- **البولة والكهارل U&Es:**

  تزداد البولة والكرياتينين في حالة القصور الكلوي.

- **صور صدر بسيطة CXR:**

قد يشير كل من الظل المحيطي والتكهف والكتلة في سرة الرئة وانخماص أحد الفصوص إلى وجود سرطان. ويشاهد التكثف في حالات ذات الرئة. وقد يكون السائل الذي يظهر بشكل هلالي سببه الدبيلة أو الانصباب الناتج عن الخباثة أو نتيجة للخراج تحت الحجاب. وقد يكون ارتفاع نصف الحجاب نتيجة لشلل العصب الحجابي بسبب الارتشاح السرطاني أو الارتفاع الواضح والناتج عن الفتق الحجابي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التنظير الهضمي العلوي والخزعة:**

في سرطان المريء

- **التنظير القصبي وتنظير المنصف:**

يسمح بأخذ خزعة من السرطان القصبي.

- **التصوير الطبقي المحوسب للصدر (CT):**

يمكن أخذ خزعة من السرطان القصبي وكما يمكن تحديد حجرات الدبيلة والتعرف عليها.

- **تصوير البطن بالأمواج فوق الصوتية:**

للخراج تحت الحجاب ومن الممكن أيضاً إجراء البزل والتفجير له.

- **التصوير الطبقي المحوسب/ التصوير بالرنين المغناطيسي للرأس CT/MRI:**

يمكن اعتبار الاحتشاء والورم كمناطق قليلة الكثافة ويمكن للتأثيرات الناتجة عن وجود كتلة بسبب الورم أو النزف أن تؤدي إلى انزياح الخط المتوسط ويمكن للنزف داخل الدماغ أن يتحدد كمنطقة عالية الكثافة. وقد يشاهد تورم قشري في حالات التهاب الدماغ ويمكن التعرف على ارتفاع الضغط داخل القحف وهو مضاد استطباب للبزل القطني.

- **تخطيط الدماغ الكهربي EEG:**

في حالات التهاب الدماغ يتم تكون مركب دوري وتباطؤ في النظم الأساسي.

- **البزل القطني:**

في حالة التهاب السحايا. وفي حالة التهاب الدماغ حيث يكون عدد الخلايا اللمفاوية مرتفعاً وذلك لأن غالبيتها ناتج عن آلية إمراضية فيروسية.

الشعرانية HIRSUTISM

هي وجود نمط ذكري لنمو الشعر عند النساء وهذا المصطلح ليس مرادفاً للاسترجال والذي يترافق بالإضافة إلى الشعرانية مع تطور صفات جنسية ثانوية ذكرية عند النساء وأما زيادة نمو الشعر فيشير إلى النمو المفرط للشعر وقد يحدث عند كلا الجنسين.

الأسباب CAUSES:

فيزيوولوجية:

عائلي.

شيخي.

مرضي:

الأدوية: البروجسترون.

التستوستيرون.

السيكلوسبورين.

الأدوية المضادة للصرع مثل: الفينوتئين.

المينوكسيديل.

النخامية: ورم مفرز للبرولاكتين.

ضخامة النهايات.

متلازمة المبيض متعدد الكيسات.

المبيض: ورم مبيضي منتج للأندروجين.

متلازمة كوشينغ.

الكظر: أورام كظرية منتجة للأندروجين.

فرط تنسج كظري ولادي.

القصة المرضية HISTORY:

■ **العامة:**

بداية الشعرانية ومدتها هي علامات مفيدة في القصة لتحديد العامل المسبب. فالبداية في الطفولة تشير إلى فرط تنسج كظري ولادي بينما البداية المفاجئة للشعرانية

عند الإناث البالغات يوجه التفكير إلى أورام المبيض والغدة الكظرية المنتجة للأندروجين ويجب أن يتم الاستعلام فيما إذا كان لدى أي من الأقارب نفس المشاكل لأن السبب قد يكون عائلي المنشأ وبالمقابل يجب الحذر من متلازمات السرطان العائلية مثل طفرات الجينة BRCA والتي تترافق مع سرطان المبيض العائلي. قد ينتج الاسترجال عن الأندروجين الزائد محدثاً أعراض مثل العد وضخامة الصوت.

■ **القصة الطمثية:**

يجب أخذ قصة مفصلة بما يتعلق زمن بدء، ودورية، وانتظام الدورة الطمثية فمثلاً انقطاع الطمث هو علامة لمتلازمة المبيض متعدد الكيسات وفرط التنسج الكظري الولادي وللأورام المفرزة للبرولاكتين. وبالإضافة لذلك فإن ثر الحليب قد يكون أيضاً علامة مرافقة للأورام المفرزة للبرولاكتين.

■ **القصة الدوائية:**

قد تبيّن القصة الدوائية استخدام المعالجة المعيضة المحتوية على البروجسترون أو حبوب منع الحمل الفموية. وقد تنتج الشعرانية أيضاً كتأثير جانبي لاستخدام الستيروئيدات البانية، من قبل ممارسي رياضة بناء الأجسام، والفينوتئين لعلاج الصرع، والمينوكسيديل لارتفاع الضغط والسيكلوسبورين كعامل مثبط للمناعة في حالات نقل الأعضاء.

■ **الأعراض المرافقة:**

قد تنتج زيادة الوزن بسبب متلازمة كوشينغ ولكنها شكوى شائعة في متلازمة المبيض متعدد الكيسات. وتشير الأعراض مثل الصداع والإقياء ونقص الساحة البصرية إلى ورم غدي في النخامى والذي قد يؤدي إلى ضخامة النهايات، وداء كوشينغ أو فرط إفراز البرولاكتين (ورم مفرز للبرولاكتين) وأما الأعراض الإضافية والتي قد ترافق داء كوشينغ فهي سهولة تكدم الجلد، والفزر البطنية وضعف العضلات الدانية. وقد يعاني مرضى ضخامة النهايات أيضاً من ضعف في العضلات وآلام المفاصل وتضخم ملامح الوجه والفك واليدين والقدمين مع زيادات مقابلة في قياس القبعة والقفازات والحذاء. وقد ينتج الخدر كنتيجة لاعتلال الأعصاب المحتجزة. وقد ينتج العقم من فرط برولاكتين الدم ومتلازمة المبيض متعدد الكيسات.

الفحص EXAMINATION:

يجب إجراء تقييم يتعلق بنموذج توزع الشعر، وضمن درجة معينة من الاختلاف الطبيعي، يكون توزع نمو الشعر في الشعرانية على الوجه والذقن والصدر والأطراف وقد يتخذ شعر العانة النموذج الذكري وقد يحدث صلع جبهي من النمط الذكري. والتأمل الدقيق لمظاهر الاسترجال قد يوضح زيادة في الكتلة العضلية لحزام الكتف وتضخم البظر. وتكون السمنة الجذعية هي علامة لمتلازمة كوشينغ والسمنة المعممة تحدث في متلازمة المبيض عديد الكيسات وقد يترافق ذلك أيضاً مع الشواك الأسود Acanthosis Nigricans، ثم نتابع التأمل بعد ذلك لتحديد المرض الصماوي المرافق.

إن ملامح ضخامة النهايات تشمل: الجلد الدهني السميك وتبارز الحيد فوق الحجاجي والأنف العريض وتبارز الفك السفلي (الكسس) وضخامة اللسان وسوء اطباق الفك السفلي وزيادة المسافة بين الأسنان وضخامة اليدين والقدمين. بينما ملامح كوشينغ تشمل: الوجه البدري والبدانة الجذعية والحدبة الجاموسية وتكدم الجلد والتشققات والضعف العضلي الداني. إن كل من ارتفاع التوتر الشرياني والداء السكري وإصابة الساحة البصرية (عمى شقي صدغي مزدوج) تتواجد في كل من داء كوشينغ وضخامة النهايات. بالإضافة إلى ذلك فإن إصابة الساحة البصرية قد تكون نتيجة لورم مفرز للبرولاكتين. ويترافق ارتفاع التوتر الشرياني مع فرط تنسج الكظر الخلقي.

يجب أن يتبع ذلك فحص للبطن والحوض لنفي وجود كتلة والتي قد تشير إلى ورم كظري أو مبيضي كبير.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **شريط الغمس في البول (Urine dipstick):**

إن وجود السكر في البول قد ينتج عن الداء السكري والذي قد يكون مظهراً لمتلازمة كوشينغ أو ضخامة النهايات بالإضافة إلى ذلك فإن داء المبيض متعدد الكيسات يترافق أيضاً مع زيادة المقاومة للأنسولين.

- **البولة والكهارل U&Es:**

نقص الصوديوم والبوتاسيوم يتواجدان في فرط تنسج الكظر الخلقي المضيع للملح.

- **سكر المصل:**

يجب أن نتحراه في كل من متلازمة كوشينغ وضخامة النهايات وداء المبيض متعدد الكيسات حيث تترافق هذه الأمراض بازدياد المقاومة للأنسولين أو بالداء السكري.

- **تستوستيرون المصل و DHEA:**

إذا كانت مرتفعة كثيراً فإنها تشير إلى زيادة الأندروجين من منشأ ورمي وهذا يتطلب استقصاءً مفصلاً.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الكورتيزول الحر في بول 24 ساعة:**

يزداد في متلازمة كوشينغ.

- **اختبار التثبيط بالجرعات المنخفضة من الديكساميتازون:**

يفشل التثبيط في متلازمة كوشينغ.

- **اختبار تحمل الغلوكوز الفموي مع تقييم تسلسلي لهرمون النمو:**

في ضخامة النهايات يحدث فشل في التثبيط أو زيادة في تراكيز هرمون النمو.

- **IGF-1:**

يزداد في ضخامة النهايات.

- **برولاكتين البلازما:**

يزداد في الأورام المفرزة للبرولاكتين.

- **17- هيدروكسي بروجسترون البلازما Plasma 17- hydroxyprogesterone:**

يزداد في فرط تنسج الكظر الخلقي.

- **CA125:**

يزداد في سرطان المبيض.

- **تصوير البطن والحوض بالأمواج فوق الصوتية:**

يمكن أن يظهر مبيض متعدد الكيسات أو سرطان المبيض.

- **تصوير البطن والحوض بالتصوير الطبقي المحوسب:**

يمكن أن يظهر سرطان الكظر أو سرطان المبيض.

- **التصوير الطبقي المحوسب للراس:**

يمكن أن يظهر ورم نخامي.

فرط التوتر الشرياني HYPERTENSION

فرط التوتر الشرياني هو ارتفاع في قيمة ضغط الدم. نقول عن شخص إنه مصاب بفرط التوتر الشرياني إذا لاحظنا ارتفاعاً مستمراً في الضغط الشرياني لأكثر من 140/ 90 وذلك في 3 قراءات أو أكثر، كل قراءة تفصلها عن الأخرى مدة أسبوع على الأقل. إن أغلب مرضى فرط التوتر الشرياني لديهم ارتفاع أساسي في الضغط، لكن يتم التعرف على سبب ما في أقل من 10٪ من الحالات.

الأسباب CAUSES:

الكلوية

الأمراض الكلوية المتنية، مثل التهاب الكبب والكلية.
تضيق الشرياني الكلوي.
التهاب الحويضة والكلية المزمن.
داء الكلية عديدة الكيسات.
داء نسيج ضام (خاصة التصلب الجهازي).
اعتلال الكلية السكري.

الغدية:

الكظرية.
ـ تناذر كون.
ـ ورم القواتم.
تناذر كوشينغ.
ضخامة النهايات.

الأدوية:

مانعات الحمل الحاوية على الإستروجين.
القشرانيات السكرية - الستيروئيدات القشرية، القشرانيات المعدنية - السوس مثبطات الأوكسيداز وحيد الأمين MAO والتيرامين.
المشابهات الودية - السالبوتامول الإرذاذي.

القلبية الوعائية:

تضيق برزخ الأبهر.

القصة HISTORY:

مرضى ارتفاع التوتر الشرياني الأساسي غير المختلط يكونون لا أعراضيين، ويتم كشفهم بواسطة فحص سريري روتيني، لكن مرضى ارتفاع فرط التوتر الشرياني الثانوي قد يعانون من أعراض المرض الأساسي المستبطن.

قد يكون مريض التهاب الحويضة والكلية المزمن قد عانى من أخماج بولية متكررة ناكسة، مع ألم في القطن، حمى وعرواءات أو قد يكون عانى في طفولته من أخماج بولية أو من سلس بولي (بوال الفراش) مديد، يمكن أن يكون فرط التوتر الشرياني أيضاً اختلاطاً لداء كبي وعلى وجه الخصوص المتلازمة الكلوية الحادة، قد يسبق الإصابة بالمتلازمة الكلوية الحادة (Acute Nephritic Syndrome) إصابة بمرض حاد مع تعب، إرهاق، بيلة دموية، شح بول والوذمة.

قد يعاني المرضى المصابون بتناذر كون من ضعف عضلي وتعب بسبب نقص البوتاسيوم والبوال المحدث بنقص قدرة الكلية على تركيز البول. إن مريض ورم القواتم قد يصاب بنوبات من الصداع، التعرق، الخفقان القلبي مع التورد الوجهي. مدرسياً يصاب هؤلاء بنوبات من فرط التوتر الشرياني لكن ما يحدث غالباً هو أنهم يصابون بفرط التوتر بشكل مستمر. يعاني مريض متلازمة كوشينغ من أعراض كثيرة منها زيادة الوزن، الشعرانية، العد، الخطوط البطنية، الضعف العضلي، الألم الظهري والاكتئاب. بالنسبة لضخامة النهايات فقد يشكو المريض من الصداع، ثر الحليب، زيادة عمق الصوت، الضعف العضلي، آلام المفاصل. في هؤلاء المرضى فقد تصبح القبعات والخواتم ضيقة على المريض بسبب زيادة حجم القحف واليدين. إن اخذ قصة دوائية كاملة ستسمح بالتعرف على أي دواء قد يكون متهماً بإحداث ارتفاع التوتر الشرياني.

الفحص السريري EXAMINATION:

■ **التأمل:**

بالتأمل، يكون لمرضى ضخامة النهايات جلد دهني سميك، يدان وقدمان كبيرتان ولسان كبير. إن بروز الحيد فوق الحجاج مع الأنف الكبير والفك السفلي البارز والانفصال بين الأسنان، كل ذلك قد يلاحظ أيضاً بالنظر إلى الوجه والأسنان عن قرب.

إن فحص المواجهة للحقول البصرية قد يكشف عمى صدغياً شقياً ثنائي الجانب وهذا قد يتواجد في متلازمة كوشينغ بسبب انضغاط التصالب البصري بالغدوم النخامي. إن المظاهر الأخرى لمتلازمة كوشينغ تتضمن البدانة الجذعية، العد، الوجه البدري، التكدم، الخطوط البطنية، الحدب والضعف العضلي الداني.

■ **الجس والإصغاء:**

قد يلاحظ تأخر النبض الكُعبري الفخذي بالجس المتواقت للشريانين الكعبري والفخذي وذلك في تضيق برزخ الأبهر. قد تسمع النفخات فوق الأوعية الدموية الرادفة (الجانبية) المتشكلة عبر الإبط وجدار الصدر والكتف، قد تسمع نفخة انقباضية فوق الورب الرابع الأيسر من الخلف. قد يوجد عدم توافق كبير في قياسات الضغط الشرياني بين الطرفين العلوي والسفلي. قد يكشف جس البطن عن كتل ناهزة ثنائية الجانب هي عبارة عن كلى عديدة كيسات متضخمة، وقد تسمع النفخات فوق الشرايين الكلوية المتضيقة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تحليل البول:**

قد يظهر الفحص بشريط الغمس عن وجود البروتين والدم. إن الفحص تحت المجهر للبول ضروري لتأكيد وجود الكريات الحمر والإسطوانات.

- **نتروجين الدم والشوارد U & Es:**

قد تقل مستويات البوتاسيوم في متلازمة كون بسبب فرط الألدوسترونية. في قصور الكلية نجد مستويات عالية للكرياتينين والبولة.

- **غلوكوز الدم:**

قد ينتج عن الداء السكري التصلب العصيدي، الداء الوعائي الكلوي واعتلال الكلية، كل هذه الأمراض قد تسهم في ارتفاع التوتر الشرياني. أكثر من ذلك فإن أمراض أخرى مثل متلازمة كوشينغ، ضخامة النهايات، وورم القواتم قد تؤدي إلى فرط سكر الدم.

- **كولسترول الدم:**

إن تقدير كولسترول الدم يستخدم كاختبار ماسح للتصلب العصيدي، فإذا لاحظنا وجود ارتفاع في قيمته نبدأ بالعلاج فوراً وذلك للوقاية من الداء الإقفاري القلبي والأمراض الوعائية الدماغية.

- **تخطيط القلب ECG:**

ينصح بإجراء تخطيط كهربي للقلب بالمساري الإثني عشر لدى جميع المرضى وذلك للحصول على المخطط القاعدي وللمسح عن وجود ضخامة في البطين الأيسر والتي قد تنتج عن فرط التوتر الشرياني.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الأضداد الذاتية:**

إن أضداد الغشاء القاعدي الكبي وأضداد الـ ANCA قد تكون إيجابية في التهاب الكبب والكلية.

- **الكاتيكولامينات البلاسمية:**

ترتفع في ورم القواتم.

- **الكاتيكولامينات البولية، الميتانفرين والفانيليل مانديليك اسيد VMA:**

ترتفع في ورم القواتم.

- **الكورتيزول الحر في بول 24 ساعة:**

يزداد في متلازمة كوشينغ.

- **اختبار التثبيط بالديكساميتازون منخفض الجرعة:**

إن فشل تثبيط الكورتيزول يحدث في متلازمة كوشينغ.

- **اختبار تحمل الغلوكوز الفموي:**

إن فشل تثبيط هرمون النمو يحدث عند المصابين بضخامة النهايات.

- **رينين وألدوستيرون البلاسما:**

إن فرط إفراز الألدوستيرون بوجود مستويات رينين بلاسمية منخفضة يؤكد الإفراز المستقل للألدوسترون وذلك في متلازمة كون.

- **تصوير البطن بالأمواج فوق الصوتية:**

لكشف الكلية عديدة الكيسات. إن الدوبلر المضاعف يستطيع المسح عن تضيق الشريان الكلوي.

- **تصوير الشريان الكلوي:**

لكشف تضيق الشريان الكلوي.

- **خزعة الكلية:**

لكشف الأسباب الكلوية لفرط التوتر الشرياني.

- **المرنان MRI:**

إن فائدة المرنان في تشخيص تضيق الشريان الكلوي تزداد في الوقت الحاضر وهو يقي المريض من مخاطر مواد التباين الشعاعي السامة للكلية المستخدمة في تصوير الشريان الكلوي.

- **القثطرة القلبية:**

لكشف تضيق برزخ الأبهر.

العنانة IMPOTENCE

إن العنانة هي فشل الذكر البالغ في المحافظة على انتصاب مناسب لدخول المهبل. تؤدي العنانة إلى مشاكل نفسية منها غالباً انفصال الزوجين، إن الأسباب النفسية للعنانة شائعة لكن المرض العضوي الأشيع المسبب للعنانة هو الداء السكري.

الأسباب CAUSES :

الوعائية:

الداء الأبهري الحرقفي (داء ليريش "Leriche").

الداء الوعائي السكري.

العصبية:

الشوك المشقوق.

الآفات النخاعية.

الاعتلالات العصبية، مثلاً: السكري.

الجراحة الحوضية (فهي تؤذي الأعصاب المسؤولة عن الانتصاب).

الغدية:

الداء السكري.

قصور الأقناد.

قصور الدرق.

داء أديسون.

متلازمة كوشينغ.

الأدوية:

خافضات الضغط الشرياني.

مضادات الاكتئاب.

الإستروجينات.

الكحول.

الكوكائين.

الآفات الموضعية المؤلمة:

تضيق القلفة.

داء بيروني.

اللجيم القصير.

الداء الجهازي.

الخباثة.

القصور الكلوى المزمن.

تشمع الكبد.

نفسي المنشأ

القصة المرضية HISTORY:

هل توجد قصة واضحة للشدة تفسر حدوث العنانة؟ هل حدث مع المريض انتصاب في أي وقت، خاصة في الليل؟ هل توجد قصة حدوث داء وعائي جهازي، خاصة العرج الإليوي Buttock Claudication (تناذر ليريش Leriche)؟ كما نأخذ قصة عصبية كاملة، وقصة دوائية تامة تتضمن أي منعشات نفسية. نسأل عن قصة داء سكري، قصور درق، داء أديسون أو متلازمة كوشينغ. إن الجراحة الحوضية، مثلاً البتر الحوضي العجاني للمستقيم، تؤدي إلى أذية في الأعصاب المسؤولة عن الانتصاب. نفحص إمكانية وجود أي حالة تؤدي إلى ألم موضع في القضيب. إن قصة وجود مرض خبيث، قصة قصور كلوي مزمن: الغثيان، الوسن، البوال الليلي، الوذمة المحيطية، الوذمة الرئوية، الزلة التنفسية، الإقياء، الفواق، والاختلاجات كلها مهمة ويجب أن نسأل عنها أيضاً.

الفحص EXAMINATION:

■ **الوعائي:**

نفحص النبض في كل الطرف السفلي، نفحص البطن والحوض بالسماعة للبحث عن اللغط.

■ **العصبي:**

نجري فحصاً عصبياً شاملاً.

■ **الغدي:**

يوجد عادة قصة واضحة للداء السكري، قد تكون الاختلاطات واضحة. نفتش عن وجود الاعتلال العصبي المحيطي. نفتش عن وجود قصور درق: زيادة وزن، كراهية الجو البارد، صوت خشن، الوسن، الإمساك. نفتش عن وجود متلازمة كوشينغ: جلد رقيق، السحنة الكوشينغية، الخطوط البطنية، البدانة، الحدبة الجاموسية وفرط التوتر الشرياني. نفتش عن وجود داء أديسون: الضعف، نقص الوزن، تصبغ الثنيات الراحية والمخاطية الفموية، وهبوط التوتر الشرياني. نفحص الخصى للبحث عن قصور الأقناد. نفحص تطور الصفات الجنسية الذكرية الثانوية.

■ **الأمراض الموضعية المؤلمة:**

نفحص القضيب بحثاً عن تضيق قلفة، داء بيروني أو قصر اللجيم.

■ **الداء الجهازي:**

قد يكون الداء الخبيث واضحاً. نفتش عن وجود قصور كلوي مزمن: شحوب الجلد، الوذمة المحيطية، التهاب التامور، الانصبابات الجنبية، وفرط التوتر الشرياني. نفتش عن تشمع الكبد، الراحتين الكبديتين، العنكبوت الوعائي، الحبن، ابيضاض الأظافر، الرعاش الخافق، ضمور الخصيتين، تقفع دوبيتران.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

إن القصة والفحص السريري يوجهان للتشخيص في غالبية الحالات.

- **تعداد دم عام FBC، سرعة التثفل ESR:**

انخفاض الخضاب في فقر الدم، كما في القصور الكلوي المزمن والخباثات. تزداد سرعة التثفل في الخباثات.

- **البولة وشوارد الدم U & Es.**

يرتفع الكرياتينين في القصور الكلوي المزمن.

- **وظائف الكبد LFTs:**

غير طبيعية في تشمع الكبد.

- **غلوكوز الدم:**

الداء السكري.

- **اختبار وظائف الدرق TFTs:**

في قصور الدرق.

- **دراسات الدويلر:**

تكشف الأمراض الوعائية المحيطية. يقترح مشعر الضغط القضيبي العضدي الأقل من 0.6 السبب الوعائي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **دراسة الانتباج القضيبي الليلي:**

لكشف حدوث الانتصاب أو عدم حدوثه.

- **الحقن داخل جسم القضيب للبابافيرين:**

في حال عدم وجود شذوذ في الوارد الشرياني للقضيب سيحدث الحقن انتصاباً. في حال وجود تسريب وريدي كبير يبقى القضيب رخواً.

- **صورة شعاعية للقحف:**

لكشف الشذوذات النخامية.

- **التصوير الطبقي المحوسب للراس CT:**

لكشف الشذوذات النخامية.

- **التصوير الشرياني:**

قد يظهر أذية وعائية، خاصة التضيقات المعزولة للشريان الحرقفي الباطن الأيمن والأيسر.

- **برولاكتين المصل:**

لكشف فرط برولاكتين الدم.

- **تستوستيرون المصل:**

ينخفض في قصور الأقناد.

- **FSH و LH المصل:**

ينخفضان في شذوذ الوظيفة النخامية.

- **اختبار التحريض بالـ ACTH:**

لكشف داء أديسون.

- **فحص كورتيزول البول:**

لكشف متلازمة كوشينغ.

- **كورتيزول البلاسما:**

متلازمة كوشينغ.

الانسداد المعوي INTESTINAL OBSTRUCTION

قد يكون الانسداد الميكانيكي للمعي بسيطاً (انسداد وحيد الموضع) وقد يكون ذا عروة مغلقة (انسداد في موضعين يحصران قطعة من المعي). إذا كان المعي حياً يدعى الانسداد غير مختنق. أما إذا تأذت التروية الدموية للمعي فينتج لدينا الانسداد المختنق مع احتشاء معوي تالٍ، ويعد الانسداد المعوي من الحالات الجراحية الإسعافية الشائعة.

الأسباب CAUSES:

المعي الدقيق.

في اللمعة:	العلّوص بالحصيات الصفراوية.
	الانسداد بالطعام (بعد جراحة مخربة للبواب أو جراحة مجازة).
في الجدار:	الرتق.
	داء كرون.
	السل.
	الورم مثلاً لمفوما، كارسينوما (نادرة).
خارج الجدار:	الفتق.
	الالتصاقات.
	الانفتال.
	الانغلاف.

المعي الغليظ:

داخل الجدار:	الانسداد بالغائط.
في الجدار:	الكارسينوما.
	داء الرتوج.
	داء كرون.
	داء هيرشبرنغ.
خارج الجدار:	الانفتال.
	الفتق.
	الالتصاقات.

الانسداد الوهني (العلّوص الشللي):

التهاب الصفاق.
بعد الجراحة.
الكسور الفقرية والحوضية.
النزف خلف الصفاق.
الخباثة خلف الصفاق.
نقص بوتاسيوم الدم.
الأدوية (حاصرات العقد ومعاكسات نظير الودى).
عدم الحركة.

القصة المرضية HISTORY:

- **المعي الدقيق:**

يشكو المريض من ألم بطني مركزي ماغص، إقياء: طعامي، صفراوي، غائطي وذلك حسب مستوى الانسداد، الانتفاخ البطني: تتناسب درجته مع مستوى الانسداد، يمكن أن نجد انتفاخاً بسيطاً جداً وذلك في الانسداد العلوي للمعي الدقيق. ويمكن أن يكون الانتفاخ واضحاً وذلك في الانسداد السفلي للمعي الدقيق والإمساك، وقد نجد قصة جراحة بطنية أدت إلى انسداد التصاقي. قد يكون المريض مدركاً لوجود فتق.

- **المعي الغليظ:**

يعاني المريض من ألم بطني ماغص مركزي (الكولون الأيمن) أو من ألم ماغص في أسفل البطن (الكولون الأيسر) ومن إمساك. يكون الإقياء مظهراً متأخراً في الانسداد المعوي الغليظ. كما نلاحظ انتفاخ البطن. قد نجد قصة سابقة لتغير عادات التغوط وللنزف عبر المستقيم وهذا يقترح سرطان المستقيم كسبب للانسداد. إن القصة السابقة الطويلة لوجود انتفاخ بطني وإمساك (سنوات) تشير إلى داء هيرشبرنغ. إن إصابة المريض بألم ثابت شديد تقترح الاحتشاء المعوي.

- **الانسداد الوهني:**

نسأل باهتمام عن القصة الدوائية. قد يصاب المرضى المعالجين بمضادات الخثار بنزف خلف الصفاق. قد يكون السبب المحرض واضحاً مثلاً جراحة سابقة أو كسر فقرات مؤذٍ للنخاع. قد يكون الانتفاخ البطني غير مؤلم لكنه يسبب الانزعاج للمريض.

نلاحظ أيضاً عند مرضى الانسداد الوهني الإقياء والإمساك. إن الشيوخ المقعدين في السرير يصابون بشكل كبير بهذا النوع من الانسداد.

الفحص السريري EXAMINATION:

■ **المعي الدقيق:**

نتأمل البطن بحثاً عن ندبات. نستبعد الفتق الاندحاقي Incisional Hernia المسدود. نبحث عن فتحات لفتوق محتملة. من السهل عدم الانتباه لفتق فخذي صغير عند مريض بدين، قد نجد بالفحص أيضاً بطناً منتفخاً طبلياً لكن غير ممض. بالسماعة نجد أصواتاً معوية عالية النغمة رنانة. يشير وجود الحمى، تسرع القلب، والإيلام الموضع إلى الاحتشاء الوشيك. قد تشير الكتلة المجسوسة في الحفرة الحرقفية اليمنى إلى داء كرون أو سرطان أعوري (يسد الصمام الدقاقي الأعوري ويسبب انسداداً في المعي الدقيق). نجري فحصاً مستقيمياً بالإصبع.

■ **المعي الغليظ:**

حيث نجد بطناً طبلياً منتفخاً قد يكون متوتراً بشدة. كما نسمع أصوات المعي المسدود. قد يكون المستقيم خالياً بالمس الشرجي ما لم يكون الانسداد بسبب سدادة غائطية. قد نجد بالجس كتلة مما يشير إلى وجود كارسينوما سادة. يشير الأعور المجسوس المتوتر المؤلم لانسداد مغلق العروة مع وجود صمام دقاقي أعوري مستمسك. في هذه الحالة لدينا تهديد وشيك بحدوث انثقاب أعوري.

■ **الانسداد الوهني:**

نجد بالفحص انتفاخاً بطنياً. وبطناً متوتراً طبلياً وغياباً للأصوات المعوية. قد نجد دليلاً على جراحة سابقة، رض سابق أو نزف خلف الصفاق أو التهاب صفاق أو كسور عظمية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTGATIONS:

• **الخضاب وتعداد عام للدم.**

يشير نقص الخضاب إلى الخباثة. كما يشير ارتفاع تعداد البيض إلى الخمج أو احتشاء المعي.

- **البولة والكهارل والكرياتينين:**

التجفاف، نقص البوتاسيوم المؤدي إلى علوص شللي.

- **مسح عوامل التخثر:**

قد يكون غير طبيعي مشيراً إلى نزف خلف الصفاق، خاصة إذا كان المريض يتناول مانعات التخثر.

- **صورة بسيطة للبطن:**

نلاحظ عرى متوسعة من الأمعاء في مركز البطن. يظهر المعي الدقيق الداني خطوطاً متقاربة من بعضها عابرة للمعة المعي كلياً (الدسامات الناقصة Valvulae Connivenres)، تتباعد هذه الخطوط عن بعضها كلما اتجهنا بعيداً حتى تختفي عند نهاية الدقاق. قد نجد غازات ضمن الشجرة الصفراوية ويشير ذلك لوجود علوص محدث بالحصيات الصفراوية. قد نجد أيضاً اتساعاً في المعي الغليظ مع سويات سائلة غازية في محيط البطن وذلك عندما يكون الانسداد ضمن المعي الغليظ. في الانفتال السيني نلاحظ عروة متسعة للمعي، بشكل حبة القهوة تتبارز خارج الحوض في الجانب الأيسر.

- **تنظير السين:**

قد نجد ورماً عند الاتصال السيني المستقيمي كما قد نشاهد الانفتال السيني، بالخزعة قد نجد كارسينوما، غياب الخلايا العقدية في داء هيرشبرنغ.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الحقنة الشرجية بالباريوم.**

قد تظهر الحقنة الشرجية بالباريوم والمحدودة علامة، لب التفاحة Apple Core فيشير ذلك إلى الكارسينوما أو قد تظهر علامة "منقار الطائر" فيشير ذلك إلى انفتال السين. كما تظهر الحقنة الشرجية بالباريوم انغلاف الأمعاء.

- **الحقنة الشرجية للمعي الدقيق:**

قد تظهر داء كرون، تدرن بالدقاق النهائي وكارسينوما معي دقيق.

- **التصوير الطبقي المحوسب CT.**

قد يظهر نزف خلف الصفاق، ورم خلف الصفاق.

اليرقان JAUNDICE

يعرف على أنه تلون أصفر للنسج يلاحظ على وجه الخصوص في الجلد والصلبة، وذلك بسبب تراكم البليروبين. كي يكون اليرقان واضحاً سريرياً يجب أن تزيد مستويات البليروبين الدورانية عن 35 مكرو مول/ل. قد يكون اليرقان قبل كبدي (بسبب انحلال الدم)، أو كبدياً (بسبب مرض كبدي داخلي) أو ناجماً عن ركودة صفراوية (إما ركودة صفراوية داخل الكبد أو انسداد طرق صفراوية ما بعد كبدي).

الأسباب CAUSES:

قبل الكبدية (فرط البليروبين غير المقترن).

الشذوذات الخلقية:	داء جلبرت.
	تناذر كريغلر – نجار.
الانحلال الدموي:	
آفات الكريات الحمر الخلقية:	داء تكور الكريات الوراثي. (يرقان لا صفراوي البول*).
	داء الخلية المنجلية.
	عوز G6PD.
	التلاسيميا.
المكتسبة:	الملاريا.
	نقل الدم غير المتوافق.
	المناعية الذاتية.
	الداء الانحلالى عند الوليد.
	امتصاص ورم دموي كبير.
	فرط الطحالية.

* اليرقان لا صفراوي البول Acholuric Jaundice: هو اليرقان بدون بيلة البيليروبين ويترافق بارتفاع البيليروبين غير المباشر والذي لا يطرح عن طريق الكلية. يشاهد في الأمراض الانحلالية والأشكال الأخرى من فرط بيليروبين الدم غير المباشر.

الكبدية:

داء خلوي كبدي حاد: - التهاب كبد حاد فيروسي. فيروسات A, B, C.
فيروس EBV (إبشتاين بار).
- الفيروس المضخم للخلايا CMV.
أخماج أخرى:
- داء البريميات.
الأدوية مثل: الباراسيتامول، الهالوتان.
الذيفانات مثل: رباعي كلور الكربون.
المناعية الذاتية.

داء خلوي كبدي مزمن: التهاب الكبد الفيروسي المزمن.
التهاب الكبد المناعي الذاتي المزمن.
داء كبدي في المرحلة النهائية:
- كحول.
- تشمع.
- الصباغ الدموي.
- داء ويلسون.

الركودة الصفراوية داخل كبدية:
أدوية مثل: كلوربرومازين.
تشمع صفراوي بدئي، التهاب كبد فيروسي.
حمل.

خارج كبدية (انسدادي):
ضمن اللمعة: الحصيات الصفراوية.
الاحتشار بالديدان:
- داء مجزآت الخصية (المتوارقة الكبدية) Clonorchiasis (Liver Fluke).
- داء المنشقات.

ضمن الجدار:

الرتق الصفراوي الخلقي.

كارسينوما الأقنية الصفراوية.

التضيق، مثلاً: التهابي أو بعد جراحي.

التهاب الأقنية الصفراوية.

التهاب الأقنية الصفراوية المصلب.

كيسة القناة الجامعة.

خارج الجدار:

كارسينوما رأس البنكرياس.

كاسينوما حليمة فاتر.

عقد خبيثة في منطقة باب الكبد Porta Hepatis.

التهاب البنكرياس المزمن.

متلازمة ميريزي Mirizzi Syndrome.

القصة HISTORY:

- **عموماً:**

حمى، دعث، نقص وزن، بول غامق، براز فاتح، حكة.

- **الوليد:**

يشكو الوليد المصاب بالرتق الصفراوي من يرقان يشتد مع الوقت يبدأ في الأيام الـ 2-3 الأولى. يتطور قصور الكبد خلال 3-6 أشهر. إن اليرقان الفيزيولوجي شائع وسببه عدم نضج وظيفة الكبد. يتراجع هذا اليرقان عادة خلال الأسبوع الأول من الحياة.

- **قبل الكبد:**

نسأل عن القصة العائلية، الأصل العرقي، الأدوية، البيلة الدموية، قصة فقر دم. يورث داء جيلبرت كصفة جسدية قاهرة، إن آلية هذا الداء هي فشل الخلايا الكبدية في التقاط البليروبين اللامباشر من الدم. أما تناذر كريغلر نجار فهو فشل الاقتران داخل الخلايا الكبدية.

■ **الخلوي الكبدي:**

نسأل عن المهنة، التماس مع مريض مصاب باليرقان، السفر، الكحول، النشاط الجنسي، الأدوية (المضغوطات، الحقن، العوامل المخدرة، سوء استعمال الأدية) والتعرض للمذيبات الصناعية. قصة سابقة للإصابة بيرقان، الأخماج، الأعراض الشبيهة بأعراض الإنفلونزا، الطفح، آلام المفاصل، وأي نقل دم أجري للمريض.

■ **الركودة الصفراوية:**

نسأل عن الأدوية مثل الكلوربرومازين. السفر خارج البلاد، الألم البطني العلوي الشديد السابق لليرقان (يدل ذلك على مغص صفراوي تلاه انحشار الحصية الصفراوية ضمن القناة الجامعة). إن البداية المخاتلة لليرقان غير المؤلم تدل على السرطان كما نسأل عن البول الغامق، البراز الشاحب والحكة.

الفحص EXAMINATION:

■ **قبل الكبد (انحلالي):**

غالباً ما يكون اليرقان هنا خفيفاً يؤدي فقط إلى تصبغ ليموني خفيف، نلاحظ أيضاً فقر دم، ضخامة طحال.

■ **كبدية:**

قد نجد إيلاماً في الكبد عند وجود التهاب كبدي، علامات القصور الكبدي: العنكبوت الوعائي، الحمامى الراحية، ابيضاض الأظافر. التبقرط، التثدي ضمور الخصية، الحبن، الوذمة المحيطية، التكدم، تقفع دوبيتران، تمدد الأوردة حول السرة، لاثباتية الوضعية (الخفقة الكبدية Liver flap).

وربما يكون المريض قد شكا من إقياء دموي بسبب دوالي المري النازفة.

■ **الركودة الصفراوية:**

نجد ضخامة كبد، كبد أملس عادة مع حافة حادة، حويصل صفراوي مجسوس (قانون كورفوازييه: إذا ترافق اليرقان الانسدادي مع حويصل صفراوي مجسوس، فإن سبب اليرقان ليس الحصيات الصفراوية غالباً). قد نجد كتلة شرسوفية بسبب سرطان

رأس بنكرياس مثلاً. قد نجد كتلاً بطنية أخرى مثلاً بسبب سرطان معدة أو كولون أحدث اليرقان بواسطة النقائل الثانوية إلى باب الكبد. قد نجد أيضاً ندبات جراحية حديثة، علامات الخدوش على البطن بسبب الحكة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم عام، سرعة التثفل، لطاخة دموية:**

يشير نقص الخضاب إلى الخباثة أو انحلال الدم، تشير زيادة البيض إلى الخمج مثلاً: التهاب الكبد، التهاب الأقنية الصفراوية، كما يشير ارتفاع سرعة التثفل إلى الخمج أو الخباثة. قد تظهر لطاخة الدم تكور الكريات الوراثي.

- **تعداد الشبكيات:**

يدل على الانحلال الدموي.

- **البولة وشوارد الدم:**

تتأذى الوظيفة الكلوية في المتلازمة الكبدية الكلوية.

- **وظائف الكبد:**

انظر الجدول صفحة 287.

- **مسح عوامل التخثر:**

قد يظهر ↑ PT.

- **اضداد الفيروسات:**

فيروس التهاب الكبد C,B,A والفيروساتCMV فيروس إبشتاين بار.

- **الأمواج فوق الصوتية:**

تكشف الحصيات الصفراوية. الشجرة الصفراوية المتوسعة، مستوى الانسداد (قد لا تظهر سبب الانسداد). النقائل الكبدية.

- **التشمع، التصوير بالتنظير الراجع للأقنية الصفراوية والبانكرياس ERCP:**

قد يرينا سرطانة حول مجلية، حصيات داخل القناة الصفراوية الجامعة، ورم في القناة الصفراوية الجامعة، تضيقات في القناة الصفراوية الجامعة. كما تمكننا هذه التقنية من أخذ خزعة، إجراء فرشاة خلوية ووضع شبكة (ستينت).

- **تنظير الأقنية الصفراوية عبر الجلد PTC:**

يجرى إذا فشل إجراء ERCP.

- **تصوير البانكرياس والأقنية الصفراوية بالرنين المغناطيسي MRCP:**

يظهر شذوذات القناة الصفراوية، والحصيات.

- **التصوير الطبقي المحوسب CT:**

نكشف به سرطانة رأس البنكرياس، يقيم الانتشار وقابلية الاستئصال الموضعي. كما يظهر النقائل الكبدية.

- **خزعة الكبد:**

نكشف بها الداء الخلوي الكبدي والسرطانة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **نحاس المصل:**

ينقص في داء ويلسون.

- **سيرولو بلاسمين المصل:**

ينقص في داء ويلسون.

- **$\alpha 1$ أنتي تريسين المصل:**

لكشف عوزه.

- **حديد المصل والسعة الرابطة الكلية للحديد TIBC:**

يرتفع الحديد في داء الصباغ الدموي ويكون عندها إشباع السعة الرابطة له > 70٪.

- **اختبار تثبيت المتممة لكشف داء البريميات الدقيقة:**

داء البريميات الدقيقة.

- **زرع الدم:**

إنتان الدم، داء البريميات الدقيقة.

- **البزل القطني:**

لكشف داء البريميات الدقيقة.

الكيمياء الحيوية للبول والدم في اليرقان:

المشعر الكيماوي الحيوي	قبل كبدي	كبدي	ركودي
الدم:			
البليروبين:			
غير المقترن.	↑	ط/ ↑	ط
المقترن.	ط	ط/ ↑	↑↑
الفوسفاتاز القلوية.	ط	ط/ ↑	↑↑
ناقلات الأمين.	ط	↑↑	ط/ ↑
البول:			
البيلروبين.	0	↑	↑
اليوروبيلينوجين.	ط/ ↑	↑	↓↓/ 0

ط. طبيعي، 0 لا يوجد بيليروبين بالبول.

ألم الفك وتورمه JAW PAIN AND SWELLINGS

إن ألم الفك و/ أو تورم الفك ينتج غالباً عن الأمراض السنية، يمكن أن يكون الألم في الفك العلوي ناتجاً عن خمج في الجيوب جانب الأنفية. نوقشت الحالة الأخيرة سابقاً في فقرة التورمات الوجهية.

الأسباب CAUSES:

رضية:

خمجية:

خراج سني.

ذات عظم ونقي حادة.

الفطار الشّعي.

المفصل الصدغي الفكي السفلي:

متلازمة خلل وظيفة المفصل الصدغي الفكي السفلي المسبب للألم.

تناذر عسر الوظيفة.

التهاب المفاصل الرثياني.

التهاب العظم والمفصل.

الخلع.

كيسية:

الكيسات السنية Dental Cysts.

كيسات حاملة للأسنان Dentegerous Cysts.

ورمية:

سليمة: حبيبوم عرطل الخلايا.

غازية موضعياً: ورم أرومة الميناء.

خبيثة: ساركوما سنية المنشأ.

لمفوما بوركيت.

نقائل ثانوية.

غيرها:

الألم العصبي بعد الحلئي.

الألم الرجيع (نقص التروية القلبية).

القصة HISTORY:

■ الرضية:

نسأل عن قصة رض مثلاً: قتال، حوادث طرق. إن كسر الفك السفلي هو الأكثر شيوعاً.

■ الخمجية:

يشكو مريض الخراج السني من ألم كليل في الفك، يصبح فيما بعد نابضاً وشديداً. غالباً يعاني المريض أيضاً من نقص في الشهية ودعث عام. نسأل عن قصة نخر سني سابق. من النادر حدوث ذات عظم ونقي حادة في الفك السفلي. قد تتلو ذات العظم والنقي الخمج السني أو خلع سن، قد نجد قصة سابقة لكسور، تشعيع، ابيضاض الدم، سكري، سوء تغذية، كحولية أو تثبيطاً مناعياً. يعاني المريض من ألم شديد، نابض وعميق. قد يجد المريض صعوبة في فتح الفم وفي البلع بسبب وذمة العضلات. يشكو مريض الفطار الشعي من تورم في الفك في سياق خمج منخفض الدرجة يستمر لمدة طويلة.

■ المفصل الصدغي الفكي السفلي:

تنتج متلازمة خلل وظيفة المفصل الصدغي الفكي السفلي المسبب للألم عن صر Grinding وإطباق Clenching الأسنان. قد يكون المريض أصيب سابقاً بمرض ناتج عن الشدة. يبدأ الألم في منطقة المفصل الصدغي الفكي السفلي أو الأذن وقد يرافقه صوت تكة لدى الإطباق كما يتفاقم هذا الألم بالفتح الواسع للفم كما يحدث عند التثاؤب أو المضغ. من النادر أن يصاب المفصل الصدغي الفكي السفلي في سياق التهاب

المفاصل الرثياني. عادة ما تكون الأعراض والعلامات الأخرى لالتهاب المفاصل الرثياني واضحة. يسبب التهاب العظم والمفصل عادة الألم، التورم، وتحدداً في حركة الفك. إن خلع المفصل الصدغي الفكي السفلي قد يكون ناكساً، أو بنيوياً أو معزولاً. تنزاح لقيمة الفك السفلي إلى الأمام والأعلى ضمن الحفرة الصدغية. يبقى فم المريض مفتوحاً بعد التثاؤب، خلع السن، أو التخدير العام ولا يمكن إغلاقه، قد تكون حالة الخلع هذه وحيدة أو ثنائية الجانب. يراجع المريض بفم مفتوح لا يمكن غلقه وألم بسبب تشنج العضلات.

■ **الكيسية:**

تكتشف الكيسات غالباً كمناطق نفوذة للأشعة على الصور الشعاعية البسيطة. وتكون لا أعراضية، أو أنها قد تؤدي إلى انتباج غير مؤلم قد يبلغ حجماً كبيراً. إذا أصيبت الكيسة بإنتان يشكو المريض من ألم، انتباج ونجيج. قد تحدث كسور مرضية في بعض الأحيان. تتصل الكيسة السنية بجذر سن متنخر لكن بزوغه كان طبيعياً، يكبر الانتباج الكيسي بشكل بطيء. إن الكيسات الحاملة للأسنان تتضمن سناً لم يبزغ.

■ **الورمية:**

يشكو المريض من تورم فكي ينمو بشكل ثابت وبشكل غير مؤلم غالباً. قد يتغلغل حبيبوم الخلايا العرطلة من خلال العظم ليعطي تورماً أرجوانياً مؤلفاً من نسيج رخو على اللثة. يحدث ورم أرومة الميناء عادة بالأعمار 30-50 سنة وهو غير عرضي حتى يصبح التورم ضاغطاً. من النادر جداً حدوث الساركوما عظمية المنشأ في الفك. تكون بالبداية غير مؤلمة ثم وخلال نموها تصبح مؤلمة. قد تصبح الأسنان رخوة. قد يشكو المريض من تشوش الحس بسبب إصابة العصب الذقني. السعال قد ينضم إلى أعراض المريض إذا حدثت لديه نقائل رئوية. يرتبط ورم بوركيت بفيروس EBV. إن ورم بوركيت هو ورم خبيث للخلايا اللمفاوية البائية وهو مستوطن في مناطق معينة من أفريقيا وغينيا الجديدة. يصيب هذا الورم غالباً الأطفال تحت سن الـ 12. يشكو الطفل من تورم متفاقم غير مؤلم للفك. إن النقائل الثانوية للفك من مناطق أخرى غير شائعة لكنها قد تأتي أحياناً من الرئة، الثدي، الدرق، الموثة، والكلية.

■ **أخرى:**

في الألم العصبي ما بعد الحلئي يوجد لدينا عادة قصة حلأ نطاقي في مكان توزع العصب مثلث التوائم. يميل الألم لأن يكون متوضعاً في منطقة أحد أقسام هذا العصب الثلاثة لكن قد يكون الألم منتشراً في منطقة واسعة من الوجه وليس فقط بمنطقة الفك. إن الألم الرجيع لخناق الصدر والمتوضع في الفك شائع. يشكو المريض عادة من ألم صدري مرافق ينتشر إلى الذراع اليسرى.

الفحص EXAMINATION:

■ **الرضية:**

نفحص العضة الطبيعية، نفتش عن التكدم، التورم، الفرقعة العظمية، الإيلام، اللعاب الملطخ بالدم، الأسنان المكسورة وجود درجة من العيب في الإطباق.

■ **الخمجية:**

نلاحظ احمرار المخاطية الفموية في الخراجات السنية مع وجود تورم صلب، حار، مؤلم. قد ينتأ الخراج السني للجانب الخارجي من الفك، قد نجد بالفحص نخوراً سنية والتهاباً في اللثة. عادة ما نجد أيضاً ضخامة عقد لمفاوية في الرقبة. من الصعب على مريض ذات العظم والنقي الحادة أن يفتح فمه أو أن يبلع بسبب وذمة العضلات. نجد هنا انتباجاً مؤلماً احمرارياً يعلو الفك السفلي. قد نجد في الفطار الشعي جيوباً عديدةً نازةً قرب زاوية الفك السفلي عادة، حيث قد نرى 'الحبيبات الكبريتية' الوصفية تنز من هذه الجيوب.

■ **المفصل الصدغي الفكي السفلي:**

يوضع تشخيص متلازمة خلل وظيفة المفصل الصدغي الفكي السفلي من خلال القصة المرضية. يوجد عادة ضزز وتشنج حول المفصل. في التهاب المفاصل الرثياني قد نجد إيلاماً وتورماً حول المفصل. في التهاب العظم والمفصل قد نجد تورماً حول المفصل وتحدداً في حركته. في خلع المفصل الصدغي الفكي السفلي تكون اللقيمات مجسوسة إلى الأمام من التبارز المفصلي، كما يكون الفك عندها مقيداً بوضعية الانفتاح.

■ **الكيسية:**

إن الشذوذ الوحيد غالباً بالفحص هو تورم العظام. أحياناً يصدر العظم فرقعة تشبه الصوت الصادر لدى كسر قشرة البيضة وذلك عند لمسه من شدة رقته. في حالة الكيسة الحاوية على سن يبقى هذا السن ضمن كيسته دون أن يبزغ لذلك في هذه الحالة ولدى عد الأسنان سيتبين لنا أن هناك سناً ناقصاً.

■ **الورمية:**

إن الشذوذ الوحيد غالباً هو التورم العظمي الذي يزداد حجماً بشكل ثابت، دون ألم بدايةً. قد يتغلغل الحبيبوم عرطل الخلايا من خلال العظم ليعطي انتباجاً لثوياً أرجوانياً من نسيج رخو على اللثة، لكن ذلك لا يحدث إلا نادراً. تكون الساركوما عظمية المنشأ غير مؤلمة بدايةً لكنها ومع تقدمها بالنمو فقد تؤدي إلى تخلخل الأسنان. نبحث بالفحص عن الأسنان المتخلخلة وتشوش الحس في توزع العصب الذقني. نفحص الرئة للبحث عن النقائل. نلاحظ في لمفوما بوركيت انتباجاً غير مؤلم يزداد باضطراد. قد تنزاح العين عن مكانها. وقد ينسد الفم جزئياً بالانتباج. تتظاهر النقائل الثانوية كآفات مؤلمة داخل العظم. نفتش عن قصة سابقة للخباثة كما نفحص الرئة، الثدي، الموثة، والكلية والدرق للبحث عن مكان الورم البدئي.

■ **أخرى:**

إن تشخيص الألم العصبي بعد الحلئي يوضع عادة بناء على القصة ومثله الألم الرجيع بسبب نقص التروية القلبية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد عام للدم سرعة التثفل:**

ينخفض الخضاب في الخباثة، ↑ تعداد البيض في الإنتان أو ابيضاض دم (ذات عظم ونقي حادة).

- **وظائف الكبد LFTs.**

في الكحولية (ذات العظم والنقي الحادة أشيع في الكحوليين).

- **سكر الدم.**

في السكري (ذات العظم والنقي الحادة أشيع في السكريين).

- **مسحة:**

لإجراء، الزرع واختبار التحسس خمج سني، فطار شعي.

- **صورة بسيطة للمفصل الصدغي الفكي السفلي:**

لكشف الخلع، التهاب العظم والمفصل، التهاب المفاصل الرثياني.

- **صورة بسيطة للجمجمة من زوايا خاصة:**

لكشف الكسور، الكيسات، الأورام.

- **صورة صدر بسيطة:**

لكشف النقائل الثانوية.

الاستقصاءات النوعية SPECIAL INVESTIGATIONS:

- **زروعات الدم:**

في ذات العظم والنقي.

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

نقص التروية القلبية.

- **اضداد فيروس EBV.**

لمفوما بوركيت.

- **الخزعة:**

لتمييز الآفات الحميدة عن الخبيثة.

اضطرابات المفاصل JOINT DISORDERS

إن آفات المفاصل هي مشاكل شائعة. قد تكون حادة، كما في النقرس أو الحمى الرثوية، أو مزمنة كما في التهاب العظم والمفصل. تتحول بعض الآفات من حادة إلى مزمنة كما في الداء الرثياني. يتحدث القسم الأول من هذا الفصل عن أسباب الاعتلال المفصلي عموماً أما القسم الثاني فهو يتحدث عن أمراض مفاصل خاصة. إن قائمة أسباب الاعتلال المفصلي طويلة جداً سنذكر فقط، الأسباب الأكثر شيوعاً هنا.

الأسباب CAUSES:

الخلقية:

اللاتنسج الغضروفي.
متلازمة أهلر دانلوس.
متلازمة مارفان.
التكون العظمى الناقص.

المكتسبة:

الخمجية: التهاب المفصل القيحى.
فيروسية.
الحمى الرثوية.
التهاب الشغاف.
داء البروسيلات.
الحمى التيفية.
السل.

الالتهابية: الداء الرثيانى.
اعتلال المفاصل الصدافي.
داء هينوخ شونلاين.
داء رايتر.
التهاب الفقار المقسط.
أدواء النسج الضامة.

	الآلام العضلية العديدة الرثوية.
التنكسية:	التهاب العظم والمفصل.
الاعتلال المعوي:	الأخماج الهضمية الحادة.
	الداء المعوي الالتهابي (كرون والتهاب الكولون القرحي).
	جراحة المجازة المعوية.
الغدية:	ضخامة النهايات.
الاستقلابية:	النقرس.
	داء الصباغ الدموي.
الاعتلال العصبي:	مفاصل شاركوت.
الدموية:	الناعور.
	الابيضاض.
	داء الخلية المنجلية.
الدوائية:	مميعات الدم.
	الستيروئيدات.
الورمية:	اعتلال العظم والمفصل الضخامى الرئوي.
غيرها:	النخرة الجافة للعظم.
	الساركوئيد.
	داء بهجت (نادر).

القصة HISTORY:

■ الخلقية:

قد يحدث التهاب العظم والمفصل باكراً في الحياة إذا كان المريض مصاباً باللاتنسج الغضروفي. يصاب مريض أهلر دانلوس بآفة خلقية في النسيج الضام. تكون مفاصله مفرطة الحركية ويكون جلده مفرط التمطط. قد يشكو المريض من تحت خلوع مفصلية، أو خلوع، أو تورمات مفصلية بسبب الانصباب. قد يشكو المريض أيضاً من المضاعفات النزفية لمتلازمة أهلر-دانلوس. إن ما يحدث عند مريض متلازمة مارفان هو الليونة المفصلية المعممة ويراجع المريض بألم مفصل وانتباج ناجم عن ا لانصباب. تتخلع المفاصل بسهولة في داء التكون العظمي الناقص (داء العظام الهشة).

■ **المكتسبة:**

الخمجية:

يشكو مريض التهاب المفصل الخمجي من التهاب مفصل وحيد حيث يكون المفصل محمراً، منتبجاً مؤلماً ومثبتاً. إن انتقال العامل الخامج يكون دموياً عادة لكنه قد يأتي من ذات عظم ونقي مجاورة. من العوامل الخامجة المسؤولة: العنقوديات المذهبة، البنيات، البروسيلا والسالمونيلا التيفية. يشكو مريض السل عادة من انتباج وقساوة في المفصل وتكون الحرارة والاحمرار أقل درجة مما نجده في التهاب المفصل الخمجي الحاد. إن المرضى المعالجين بالستيروئيدات أو المثبطين مناعياً هم على خطر زائد للإصابة بالتهاب المفصل الخمجي. قد يصاب مرضى الحصبة بالتهاب مفصل فيروسي ومثلهم مرضى النكاف، التهاب الكبد الفيروسي، والمصابين بأنواع من الفيروسات المعوية. تتلو الحمى الرثوية عادة خمجاً بالعقديات مثلاً: حمى قرمزية أو التهاب لوزات. تتظاهر الحمى الرثوية بالتهاب مفاصل عديد متنقل مع التهاب قلب، آفات جلدية حمامية وعقيدات تحت الجلد.

الالتهابية:

يراجع مريض الداء الرثياني في البداية بشكوى من تورم، ألم، يبوسة في اليدين والقدمين. في النهاية تحدث التشوهات النموذجية في اليدين مع تورم المفاصل السنعية السلامية، تشوه عروة الزر، تشوه عنق الأوزة والانحراف الزندي. كما تصاب في النهاية المفاصل الكبيرة. قد يشكو المريض من تظاهرات خارج مفصلية مثل: العقيدات الرثيانية، التغيرات الوعائية، التغيرات العينية أو الاعتلالات العصبية. يتظاهر اعتلال المفاصل الصدافي بعد سنوات عديدة من الإصابات الجلدية. قد يتظاهر داء رايتر بالالتهاب المفصلي لمفصل وحيد أو عدة مفاصل. هنا يكون لدينا عادة قصة تماس جنسي، التهاب إحليل، والتهاب ملتحمة. يتظاهر التهاب الفقار المقسط في الذكور الشباب بدايةً بشكل يبوسة صباحية في العمود الفقري. تصاب المفاصل الحرقفية العجزية. يحدث في النهاية القسط المفصلي في عظام العمود الفقري فينتج عن ذلك عمود فقري مثبت بوضع حدبي، يشكو المريض أيضاً من

أعراض في الورك والركبة. قد يحدث التهاب المفاصل في الذئبة الحمامية وهنا قد نجد أعراضاً أخرى للذئبة حيث قد يصاب الجلد، الرئة أو الكلية. تحدث الآلام العضلية العديدة الرثوية عند النساء المتقدمات بالسن. تشكو المريضة من ألم ويبوسة صباحية مع التهاب مفاصل عديد خفيف. يشكو مريض فرفرية هينوخ شونلاين من طفح فرفري على الإليتين والسطوح الباسطة غالباً قد نجد مع الطفح ألماً بطنياً والتهاباً كلوياً مرافقاً. يكون الألم، والتورم، واليبوسة في المفاصل، (الكاحلين والركبتين عادة) عابراً ويستمر لبضعة أيام فقط.

التنكسية:

يحدث الداء التنكسي (التهاب العظم والمفصل) عادة بعد العمر 50 وذلك ما لم يكن ثانوياً لإمراضية مفصلية سابقة. يشكو المريض من الألم لدى الحركة، يتفاقم هذا الألم في نهاية اليوم، كما يشكو أيضاً من اليبوسة، والتورم وعدم ثباتية المفاصل.

الاعتلال المعوي:

نفتش عن قصة داء كرون أو التهاب كولون قرحي. كما قد يتواجد لدينا أيضاً قصة لجراحة مجازة معدية. قد تصاب هنا المفاصل الفقرية أو المفاصل المحيطية.

الغدية:

إن ضخامة النهايات تؤدي إلى الألم المفصلي. يشكو المريض من أعراض أخرى مثل ضخامة اليدين، ضخامة القدمين (زيادة قياس الحذاء)، وزيادة في عمق الصوت.

الاستقلابية:

يتظاهر النقرس عادة بألم شديد، احمرار وانتباج في المفصل المشطي السلامي الأول. قد يصيب هذا المرض مفاصل أخرى. قد نجد قصة احمرار دم، ابيضاض دم أو علاج بأدوية سامة للخلايا أو كابتة للمناعة. يكون التشخيص واضحاً في داء الصباغ الدموي عندما يراجع المريض، فقد يوجد تشمع كبد، داء سكري، اعتلال عضلة قلبية وتصبغ جلدي.

العصبية:

يشكو المريض عادة من تورم مفصلي حيث تكون المفاصل غير ثابتة لكن غير مؤلمة. قد نجد قصة إصابة بالداء السكري، التابس الظهري (السفلس)، تكهف النخاع، أو الجذام.

الدموية:

إن النزف داخل المفصل (تدمي المفصل) يحدث في الناعور. تكون القصة واضحة عادةً. في النهاية يحدث لدى المريض اعتلالٌ مفصلي مقعد. قد يؤدي الابيضاض عند الأطفال والكبار على حد سواء إلى ألم مفصلي وألم عضلي. قد تحدث النوبات الألمية في داء الكريات المنجلية في العظام والمفاصل، قد يحدث النخر اللاوعائي للعظم مؤدياً إلى التهاب العظم والمفصل لاحقاً.

الدوائية:

قد تؤدي مميعات الدم إلى نزوف داخل المفاصل. تؤهب الستيروئيدات للإصابة بالتهاب المفصل الخمجي والنخر اللاوعائي للعظم المؤدي لاحقاً إلى التهاب العظم والمفصل الثانوي.

الورمية:

نادراً قد يشكو المريض من ارتشاح مباشر لمفصل ما بورم خبيث. لكن اعتلال العظم والمفصل الضخامي الرئوي أكثر شيوعاً وهو يحدث عادة في سياق سرطان قصبي لكننا قد نجده في سياق آفة قلبية خلقية.

أخرى:

قد تؤدي النخرة الجافة للعظم لالتهاب مفصل ثانوي. إن الأمكنة الأكثر تواتراً لحدوث هذه الإصابة هي رأس الفخذ، القسم القريب للزورقي، العظم الهلالي، وعظم القعب، نسأل عن قصة أخذ مسبق للستيروئيدات. تتلو النخرة الجافة للزورقي كسور هذا العظم كما تتلو النخرة الجافة لرأس الفخذ كسور عنق الفخذ أو انزلاق المشاشة الفخذية العلوية. قد يحدث الألم المفصلي في الساركوئيد. يشكو المريض من حمى، دعث وضخامات عقدية لمفاوية. يشكو مريض داء بهجت من التهاب مفصلي. لدينا عادة في هذا المرض علامات عينية، قرحات فموية وتناسلية. قد تصاب الجملة العصبية المركزية على شكل التهاب سحايا ودماغ في سياق داء بهجت.

الفحص EXAMINATION:

■ الخلقية:

إن اللاتنسج الغضروفي واضح. نجد بالفحص في متلازمة أهلر-دانلوس مفاصل مفرطة الحركية وجلد مفرط التمطط. قد نجد دليلاً على خلع أو تحت خلع للمفاصل أيضاً. يكون مريض مارفان طويلاً وتكون لديه أطراف طويلة، أصابع طويلة، حنك مرتفع التقوس، خلع عدسة، وقصور أبهري. إن تشخيص التكون العظمي الناقص يكون عادة واضحاً. إن نمو المريض يكون معوقاً بسبب الكسور المتكررة والتشوهات اللاحقة. كما أن صلبة المريض تكون زرقاء ويكون مريض التكون العظمي الناقص غالباً ناقص المقوية.

■ المكتسبة:

الخمجية:

نشاهد في التهاب المفصل الخمجي احمراراً وألماً وانتباجاً وإيلاماً وذلك على سطح المفصل الملتهب. تكون حرارة المريض مرتفعة. عادة يصاب مفصل واحد فقط. قد نجد في الأخماج الفيروسية علامات للأمراض الطفولية. مثلاً: النكاف (انتباج الغدد اللعابية)، الحصبة (الطفح)، التهاب الكبد الفيروسي (اليرقان). نشاهد في الحمى الرثوية التهاباً قلبياً مع تغير في نفخات القلب، التهاب مفصلي عديد متنقل، عقيدات تحت جلدية، الحمامى الهامشية وأحياناً الرقص (سيدنهام).

الالتهابية:

نشاهد في الداء الرثياني تورماً في المفاصل السنعية السلامية. يكون تشوه عروة الزر وعنق الوزة واضحاً كما يكون الانحراف الزندي واضحاً أيضاً. قد نشاهد تحت خلع عند سوية المعصم، قد تتمزق الأوتار. أخيراً تصاب المفاصل الكبرى وقد يحدث تحت خلع في مستوى المفصل الفهقي المحوري مؤدياً إلى اعتلال نخاعي. تتضمن العلامات العامة: فقر الدم، اعتلال العقد اللمفاوية، ضخامة الطحال، التهاب أوعية وعلامات عينية. تكون الآفات الجلدية الصدافية واضحة على الجلد في اعتلال المفاصل الصدافي. يحدث هنا التهاب مفصلي متعدد لكن غالباً يصاب المفصلين الحرقفيين

العجزيين. قد نجد في داء رايتر التهاباً في الإحليل، التهاب ملتحمة، تقرن الجلد السيلاني والتهاب حشفة مقوس، التهاب لفافة أخمصية والتهاب وتر أشيل.

قد تكون العلامات في بداية مرض التهاب الفقار المقسط قليلة، تكون العلامة الأولى عادة عبارة عن نقص في سعة الحركات التنفسية لكن في النهاية تصاب المفاصل العجزية الحرقفية ويصبح العمود الفقري مثبتاً بوضعية الحدب كما تصبح الرقبة مفرطة الانبساط. يشكو مريض الذئبة من دعث، ألم مفصلي، ألم عضلي، طفح الفراشة على الوجه، متلازمة رينو، ضخامة طحال، ذات جنب، انصباب جنب، والتهاب تامور. ترتبط الآلام العضلية العديدة الرثوية مع إيلام عضلي والتهاب مفصلي عديد طفيف وقد نجد أيضاً التهاب شريان صدغي مرافق.

التنكسية:

يصيب التهاب العظم والمفصل بين السلاميتين البعيدتين، المفصل السنعي السلامي للإبهام، المفصل المشطي السلامي الأول في القدم، المفاصل بين الفقرات الرقبية، المفاصل بين الفقرات القطنية، مفصل الورك، ومفصل الركبة، نجد أيضاً إيلاماً في المفصل وتسمكاً فيه، تحدداً في حركته كما نجد عقيدات هبردن وانصبابات ضمن المفاصل.

الاعتلال المعوي:

يعاني المريض هنا عادة من التهاب المفاصل الفقارية مع التهاب مفصل عجزي حرقفي. قد تحدث اعتلالات مفصلية وحيدة للمفاصل الكبيرة والتهابات مفصلية محيطية.

الغدية:

نجد في ضخامة النهايات ضخامة اليدين والقدمين، لساناً كبيراً وبروز الفك السفلي للأمام، ألماً مفصلياً، حدباً، صوتاً عميقاً، وقصور قلب. قد نجد علامات الورم النخامي كالعمى الصدغي الشقي ثنائي الجانب، بسبب الضغط الموضعي على التصالب البصري.

الاستقلابية:

في النقرس نشاهد عادة احمراراً، ألماً حاداً، انتباجاً في المفصل المصاب. إن المفصل المشطي السلامي الأول هو الأكثر تعرضاً للإصابة لكنه يمكن لأي مفصل أن يصاب،

يمكن أن نجد بالفحص توفات نقرسية على صيوان الأذن، الأوتار، والمفاصل. بالإضافة إلى اعتلال المفاصل في داء الصباغ الدموي فقد نجد ضخامة في الكبد، تشمعاً كبدياً، داءً سكرياً، اعتلالاً في القلب وتصبغاً في الجلد.

الاعتلال العصبي:

قد يحدث تشوه، تحت خلع في المفصل الذي يكون غير مؤلم، لا توجد أي حرارة أو إيلام فوق المفصل المصاب. قد تحدث حركات غير طبيعية للمفصل. قد يكشف الفحص العصبي علامات لإصابة الحبل الخلفي. إذا كانت الحالة بسبب الإفرنجي (التابس الظهري) فقد نجد حدقة أرجيل روبرتسون.

الدموية:

يشكو مريض الناعور لدى حدوث النزف الحاد ضمن المفصل من ألم حاد وثباتية المفصل. تتشوه المفاصل مؤخراً خلال مسار المرض. قد تتأثر المفاصل في سياق ابيضاض دم أو نوبات تمنجل حادة.

الدوائية:

قد تسبب الستيروئيدات نخرة جافة في الورك على وجه الخصوص، يشكو المريض من ألم وتحدد حركة. في النهاية يحدث التهاب العظم والمفصل. قد يصاب المرضى المعالجين بمضادات التخثر بتدمي مفصلي حاد.

الورمية:

يحدث اعتلال العظم والمفصل الضخامي الرئوي عادة في سياق كارسينوما قصبية. هنا تصاب نهايات العظام الطويلة بثخانة متناظرة منتشرة لكن غير منتظمة يحدث التعجر عادة. يكون ألم الأورام الموضعية ثابتاً وقد يتطور نحو إحداث كسور مرضية.

غيرها:

يشكو مريض النخرة الجافة من الألم، المضض وتحدد الحركة المتعلقة بالعظم الجاف. يصاب المفصل في النهاية بالتهاب العظم والمفصل. في الساركوئيد نشاهد غالباً حمى، ضخامات لمفاوية، ضخامة كبد وطحال، علامات عينية، علامات قلبية وإصابة للجملة العصبية المركزية. يشكو مريض داء بهجت من التهاب مفصلي، التهاب قرنية، التهاب عنبية، قرحات فموية، قرحات تناسلية وإصابة عصبية مركزية أحياناً.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIOINS:

- **تعداد دم عام وسرعة التثفل:**

↓ الخضاب في فقر الدم بسبب المرض المزمن مثال: الداء الرثياني والذئبة الحمامية الجهازية. ↑ تعداد البيض في الأسباب الخمجية وابيضاض الدم، ↑ سرعة التثفل في الإنتان المزمن، داء رثياني، التهاب فقار مقسط، حمى رثوية.

- **بولة وشوارد:**

إصابة الكلية، ذئبة حمامية جهازية.

- **وظائف الكبد:**

إصابة الكبد، داء الصباغ الدموي.

- **حمض البول بالمصل:**

في النقرس.

- **العامل الرثياني:**

في الداء الرثياني.

- **المستضد الموثي النوعي PSA:**

في سرطان الموثة.

- **اختبار التمنجل:**

في داء الخلايا المنجلية.

- **صورة بسيطة للمفصل:**

التهاب العظم والمفصل: زوال الحيز المفصلي وتصلب تحت الغضروف وكيسة، ومناقير عظمية. الداء الرثياني: ثخانة النسج الرخوة، ترقق العظم في جوار المفصل، زوال الحيز المفصلي، تآكلات عظمية، تحت خلوع. النخرة الجافة: يكون العظم الجاف (اللاوعائي) أكثر كثافة من العظم المجاور. النقرس: انتباج نسج رخوة في البداية ثم تظهر آفات مثقبة في العظم المجاور للمفصل. التهاب الفقار المقسط: عمود فقري بشكل الخيزران، إمحاء المفاصل العجزية الحرقفية.

- **صورة صدر بسيطة:**

كارسينوما قصبية، اعتلال العظم والمفصل الضخامي الرئوي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **عيار الـ Antistreptolysin O:**

في الحمى الرثوية.

- **زرع الدم:**

في التهاب المفصل الخمجي، بالعنقوديات المذهبة، البروسيلا أو السالمونيلا.

- **مسح للأضداد:**

أضداد النواة ANA إيجابية وأضداد الـ DNA ثنائي الطاق مرتفعة، في الذئبة الحمامية الجهازية.

- **أضداد البروسيلا:**

في داء البروسيلا.

- **العيارات الفيروسية:**

في الأخماج الفيروسية.

- **مسح لأضداد التهاب الكبد:**

في الألم المفصلي المرتبط بالتهاب الكبد.

- **اختبار التمنجل:**

في داء الخلايا المنجلية.

- **مسح لعوامل التخثر:**

علاج بالمميعات، الناعور.

- **اختبار مانتوكس:**

TB (السل).

- **مسح هيكلي:**

لا ترى الأورام إلا إذا فقد 50٪ من معادن العظم. ضخامة النهايات - تغيرات في الحفرة النخامية، تغيرات في اليد والجمجمة.

- **مسح عظمي:**

الداء الانتقالي. الأورام العظمية البدئية. داء باجيت، الآفات العظمية الالتهابية. التهاب العظم والمفصل، الداء الرثياني، كسور العظام.

- **رشافة المفصل:**

فحص مجهري وزراعة واختبار تحسس، البلورات في النقرس.

- **خزعة الغشاء الزليل:**

تؤكد نوع التهاب المفصل في حالات نادرة.

مفاصل خاصة INDIVIDUAL JOINTS

يغطي القسم التالي مفاصل خاصة. يجب أن نضع في بالنا أن كل الآفات المذكورة سابقاً يمكن أن تصيب أي مفصل تقريباً، لكن الآفات المذكورة لاحقاً تشير إلى الحالات التي بشكل طبيعي تصيب أو تسبب ألماً في منطقة المفصل المذكور.

الكتف SHOULDER

الأسباب CAUSES:

خلقية:

تناذر كليبل - فيل.

مكتسبة:

رضية: الخلع.

كسر عنق العضد.

كسر الترقوة.

تنكسية: التهاب الوتر فوق الشوك.

متلازمات الارتطام.

تمزقات الكفة المدورة.

الكتف المتجمدة (التهاب المحفظة الالتصاقي).

التهاب العظم والمفصل.

ـ للمفصل الأخرمي الترقوي.

ـ للمفصل الحقي العضدي.

التهابية: الداء الرثياني.

خمجية: التهاب المفصل الخمجي (نادر).

التهاب المفصل السلي (نادر).

ورمية: النقائل إلى النهاية العلوية للعضد/ الأضلاع/ الرقبة.

الألم الرجيع: التهاب الفقار الرقبي.

تخريش حجابي.

ورم بانكوست.

عصبية: الكتف المجنحة.

القصة HISTORY:

■ الخلقية:

تكون الرقبة في تناذر كليل – فيل قصيرة كما أن الفقرات الرقبية مشوهة شاذة ويكون عظم الكتف عالي التوضع.

■ المكتسبة:

رضية:

لدينا عادة في خلع الكتف وقوع على اليد الممدودة. قد تحدث خلوع ناكسة متكررة. يشكو المريض من الألم ويكون مثبتاً لذراعه والتي تكون بوضعية تبعيد. إن الخلع الأمامي هو الأكثر شيوعاً لكن الخلع الخلفي غالباً ما لا ينتبه له ويمكن أن يحدث بعد الرض الحادث بسبب نوبة صرع أو صدمة كهربائية. لدينا عادة قصة وقوع على الكتف في خلع المفصل الأخرمي الترقوي (هذا الوقوع شائع عادة عند لاعبي الركبي). يحدث كسر العنق الجراحي للعضد لدى الوقوع على الكتف. يشكو المريض من الألم والتشوه وعدم القدرة على تحريك الكتف، تحدث كسور الترقوة عادة لدى الوقوع على اليد الممدودة أو على نقطة في الكتف.

تنكسية:

إن التهاب وتر فوق الشوك يؤدي إلى التهاب هذا الوتر بسبب إما التنكس أو نقص التروية أو التكلس. قد يشكو المريض من ألم مفاجئ أو قد نجد فقط قوس ألمية في بداية حركة الذراع. تنضغط الكفة المدورة في متلازمات الارتطام تحت الناتئ الأخرمي أو المفصل الأخرمي الترقوي فيؤدي ذلك إلى ألم لدى تبعيد الذراع. تشير القوس الألمية بين الزاويتين 30° و 60° إلى التهاب وتر فوق الشوك، كما يشير الألم بين الزاويتين 45° و 120° إلى التهاب الجراب تحت الأخرمي، حيث ضمن هذا المجال تمر الأحدوبة الكبيرة للعضد تحت الناتئ الأخرمي. إن تمزقات الكفة المدورة تحدث غالباً في الأعمار المتقدمة وهي ترتبط هنا بتنكس الكفة، لكن عند المريض الشاب المتمتع بلياقة بدنية يكون تمزق الكفة المدورة بسبب رض عنيف ويكون مترافقاً مع تمزق وتر فوق الشوك. لا يستطيع المريض البدء بحركة التبعيد للذراع لكن الحركة المنفعلة تكون طبيعية. تستجيب الكتف للحالات المؤلمة موضعياً أو التثبيت المديد بما يسمى الكتف المتجمدة (التهاب المحفظة الالتصاقي) يصاب عادة بهذا المرض ذوو الأعمار المتوسطة. قد توجد قصة أذية بسيطة سابقة، نلاحظ ألماً بالكتف مع تحدداً في حركاتها الفاعلة والمنفعلة. يكون الألم شديداً غالباً ويؤدي إلى عدم قدرة المريض على النوم. قد يحدث هذا المرض عند كبار السن بشكل تالٍ لتثبيت مديد للذراع كما يحصل مثلاً لدى إصابة المريض بكسر كوليس. يشكو مريض التهاب العظم والمفصل في المفصل الأخرمي الترقوي من ألم يرتبط بالحركة فوق الرأس والقوس الألمية بعد الزاوية 140°. قد يكون التهاب العظم والمفصل للمفصل الكتفي العضدي (الحقي العضدي) غير معروف السبب وقد يتلو نخرة جافة أو نخرة شعاعية بعد علاج شعاعي لسرطان ثدي. يشكو المريض من الألم لدى حركة مفصل الكتف ومن الألم أثناء الليل.

التهابية:

إن الداء الرثياني في الكتف أكثر شيوعاً من التهاب العظم والمفصل. توجد قصة إصابة مفاصل أخرى بالداء الرثياني عادة.

خمجية:

نادرة. يشكو المريض من ألم، احمرار، انتباج في المفصل مع تحدد في الحركة. إن إصابة مفصل الكتف بالسل نادرة جداً في المملكة المتحدة. هناك أعراض عامة من دعث، حمى كما نجد أيضاً ضموراً في العضلات حول مفصل الكتف.

ورمية:

قد تتوضع النقائل الثانوية في النهاية العلوية للعضد مؤدية إلى الألم. قد تحدث الكسور المرضية. نفتش عن قصة سابقة لإصابة بسرطان قصبي، أو في الثدي، أو الدرق، أو الموثة، أو الكلية.

الألم الرجيع:

يشكل هذا الألم نسبة كبيرة من آلام الكتف. إن قسط الفقار الرقبي يعطي ألماً رجيعاً في القسم العلوي للكتف. نفتش عن قصة ألم رقبي مع تحدد في حركة الرقبة. قد ينعكس تخريش الحجاب الحاجز بألم رجيع في القطاع الجلدي C4 عند قمة الكتف، قد ينتج هذا التخريش عن التهاب الصفاق تحت الحجاب أو ذات جنب فوقه. تكون أعراض التهاب الصفاق واضحة. يجب التقصي عن مشاكل صدرية إذا شككنا بوجود ورم بانكوست خاصة في حال كان المريض مصاباً بمتلازمة هورنر.

عصبية:

قد تسبب الكتف المجنحة صعوبة في حركات الكتف. نفتش عن جراحة سابقة للرقبة أو الإبط، مثلاً: تجريف إبط في سياق سرطان ثدي قد يؤذي العصب الصدري الطويل. قد يكون السبب أيضاً حمل أوزان ثقيلة على الكتف وذلك لفترة طويلة من الزمن.

الفحص EXAMINATION:

- **الخلقية:**

يشكو مريض كليبل – فيل من رقبة قصيرة وتوضع علوي للوح الكتف. وقد نجد حالات خلقية أخرى.

■ **المكتسبة:**

الرضية:

يحمل المريض ذراعه عند خلع الكتف. يزول الشكل الطبيعي للكتف لدى حدوث الخلع. نفتش عن أذية العصب الإبطي (خدر فوق منطقة وضع الشارة "Badge"). بالفحص نجد نتوءاً مجسوساً عند مكان الخلع عند حدوث الخلع الأخرمي الترقوي. عند حدوث كسر لعنق العضد الجراحي قد نشاهد ألماً ومضضاً مكان الكسر، وعدم القدرة على تبعيد الذراع بسبب الألم. أيضاً هنا نفتش عن أذية العصب الإبطي. عند حدوث كسر للترقوة يدعم المريض ثقل ذراعه في الجانب المكسور بيده الأخرى. يمكن جس مكان الكسر.

التنكسية:

نجد بالفحص تحدداً في الحركة. نفتش عن القوس الألمية. نختبر قدرة المريض على البدء بحركة التبعيد (تمزقات وتر فوق الشوك). في متلازمة الكتف المتجمدة نجد تحدداً في الحركات الفاعلة والمنفعلة للكتف. تتحدد حركة الكتف في التهاب العظم والمفصل. نفتش عن ندبات لاستئصال الثدي أو علامات لعلاج شعاعي مسبق. في التهاب العظم والمفصل للمفصل الأخرمي الترقوي نجد بروزاً واضحاً للمفصل مع إيلام موضع وقوس ألمية عالية.

الالتهابية:

نشاهد في الداء الرثياني علامات أخرى للمرض في مكان آخر. قد نجد حمى، دعث، وحرارة في المفصل. قد تسبب حركات مفصل الكتف (الحقي العضدي) فرقعة مفصلية.

الخمجية:

نجد احمراراً، حرارةً، تورماً، إيلاماً فوق المفصل الملتهب. قد نجد بؤرة إنتانية في مكان آخر في الجسم.

الورمية:

قد تكون الموجودات قليلة أو قد نجد كسراً مرضياً مع ألم، إيلام موضعي وتحدد في الحركة.

الألم الرجيع:

نفحص حركات العمود الرقبي. نجري فحصاً عصبياً شاملاً. نفحص البطن للتفتيش عن الإيلام، الدفاع والقساوة لكشف حالة الألم الرجيع من الحجاب الحاجز. نفحص الصدر للتفتيش عن علامات لذات رئة، ذات جنب أو ورم.

العصبية:

نفتش عن ندبات في الرقبة أو الإبط. لاحظ تجنح الكتف عندما يدفع المريض يده مقابل جدار بحيث يكون الذراع بوضعية تبعيد 90° (بروز الكتف).

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم عام وسرعة التثفل:**

↓ الخضاب في فقر الدم بسبب مرض مزمن، مثلاً داء رثياني. ↑ الكريات البيض في الخمج. ↑ سرعة التثفل في الداء الرثياني.

- **صورة بسيطة:**

في مستويين. التهاب المفصل، الخلع، الكسر، النقائل الورمية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **زرع الدم:**

التهاب مفصل خمجي.

- **اختبار مانتوكس:**

السل.

- **مسح عظمي:**

النقائل الورمية.

- **الرشف:**

تلوين غرام. زرع مع تحسس، التهاب المفصل الخمجي.

- **تنظير المفصل:**

سبب الالتهاب المفصلي.

- **تصوير طبقي محوسب/ تصوير بالمرنان CT/ MRI:**

متلازمة القوس المؤلمة.

المرفق ELBOW

الأسباب CAUSES :

رضية:

الكسر فوق لقمة العضد.

خلع المرفق.

المرفق المسحوب.

كسر رأس الكعبرة.

كسر الناتئ المرفقى.

كسر اللقيمة/ اللقمة.

التهاب العضلات المعظم.

تنكسية:

التهاب العظم والمفصل.

التهاب العظم والغضروف المسلخ.

التهابية:

الداء الرثيانى.

عصبية:

حجز عصب مثلاً الزندي، بين العظام الخلفي والناصف.

غيرها:

التهاب الجراب الجزجى.

مرفق التنس.

مرفق لاعب الغولف.

المرفق الأروح/ الأفحج.

القصة HISTORY :

■ **الرضية:**

يصيب الكسر فوق اللقمة لعظم العضد الأطفال بشكل رئيس. نجد هنا قصة وقوع على اليد بينما اليد ممدودة يتلوه ألم وتورم حول المرفق. هذه الأذية تعتبر خطرة ومضاعفاتها خطرة أيضاً. قد يحدث خلع المرفق عند الأطفال أو الكبار. تشبه أعراضه

أعراض الكسر فوق اللقمة. تحدث حالة المرفق المسحوب عند الأطفال بعمر 2-6 سنوات. ينزلق هنا رأس الكعبرة خارجاً عن الرباط الحلقي. يحدث ذلك لدى أرجحة الطفل بينما يمسك والداه يديه. تحدث كسور الناتئ المرفقي لدى الوقوع على المرفق أو لدى التقلص المفاجئ لمثلثة الرؤوس. إن كسور اللقيمة واللقمة هي كسور نادرة وغالباً لا ينتبه إليها. في التهاب العضلات المعظم Myositis Ossificans نجد قصة كسر فوق اللقمة أو خلع مرفق سابق، يتشكل ورم دموي متكلس أمام المرفق. تتأثر حركات المفصل المرفقي هنا وأهم ما يتأثر هو حركة العطف، قد يتلو هذا المرض أيضاً علاجاً فيزيائياً غير مناسب أجري فيه تمطيطاً منفعلاً للمفاصل بعد رض أو جراحة.

■ **التنكسية:**

قد يحدث التهاب العظم والمفصل للمرفق عند العاملين اليدويين الذين يعملون كثيراً أو قد يتلو كسراً عظمياً مختلطاً يصيب المفصل المرفقي، قد يسبب التهاب العظم والغضروف المسلخ ألماً مرفقياً وقد يسبب تحدداً في حركات المفصل المرفقي بسبب وجود أجسام حرة داخل المفصل.

الالتهابية:

قد يصيب الداء الرثياني مفصل المرفق. نجد هنا علامات أخرى للداء الرثياني في باقي الجسم. قد يصاب العصب الزندي في هذه الحالة وذلك عندما يسبب الالتهاب المفصلي تشوهاً مع تبدل في مواقع تراكيب المفصل المرفقي ويؤدي ذلك إلى وجود أعراض شلل العصب الزندي.

■ **عصبية:**

قد تنتج متلازمات مختلفة لحجز الأعصاب حول مفصل المرفق. تتواجد الأعراض في مكان توزع الأعصاب الزندي، الناصف أو العصب بين العظمي الخلفي.

■ **غيرها:**

يؤدي التهاب الجراب الزجي إلى انتباج غير مؤلم فوق الزج، وهو شائع عند الذين يمدون السجاد وعند الطلاب، (يسند الطلاب رؤوسهم على مرافقهم بينما تكون مرافقهم على الطاولة عندما يدرسون إلى ساعة متأخرة من الليل). قد يصاب الجراب بالخمج ويصبح منتبجاً، حاراً، ممضاً أحمر اللون، يشيع مرفق التنس في الأعمار بين 30-50

ويتظاهر بألم على الجانب الوحشي للمرفق، ويصيب لاعبي التنس، أو أي شخص يتضمن عمله بسط وفتل الساعد ويسوء الألم لدى قبض اليد. يشبه مرفق لاعبي الغولف مرفق التنس لكنه يصيب اللقيمة الأنسية. يشكو المريض من ألم وإيلام فوق اللقيمة الأنسية كما يشكو أيضاً من الألم لدى فرط بسط الأصابع أو المعصم. قد يتلو الكسور حول المرفق في الطفولة ما يسمى المرفق الأفحج أو الأروح. يمطط المرفق الأروح بشكل تدريجي وبطيء العصب الزندي مما ينتج عنه مع الزمن شلل عصب زندي.

الفحص EXAMINATION:

■ الرضية:

نجد في الكسور فوق اللقمة تورماً حول مفصل المرفق وتحدداً في حركته. يحافظ كل من الزج، اللقيمة الأنسية، واللقيمة الوحشية على العلاقة التشريحية الطبيعية بينها وذلك بشكل مثلث متساوي الأضلاع. قد يتأذى في هذا الكسر الشريان العضدي والعصب الناصف أو الكعبري، عندما يصاب المريض بخلع خلفي للمرفق تُفقد العلاقة التشريحية المذكورة سابقاً بين التراكيب الثلاثة على شكل مثلث متساوي الأضلاع. فيما عدا ذلك فإن الموجودات الباقية متشابهة بين الكسر والخلع. من الهام أيضاً فحص النبض المحيطي وتقييم وجود شلل في الناصف أو الكعبري في الكسر والخلع على حد سواء. نلاحظ في كسر الزج تورماً وإيلاماً فوقه مباشرة. عندما تتأذى اللقيمة الأنسية فمن الهام اختبار سلامة العصب الزندي. نشاهد كتلة متكلسة أمام المرفق وتحدداً في حركة العطف وذلك في التهاب العضلات المعظم.

■ التنكسية:

ولا نجد إلا القليل من العلامات في الداء التنكسي للمرفق. قد نجد ثخانة في المفصل مع غياب لحركاته وفرقعة مفصلية. في التهاب العظم والغضروف المسلخ تتحدد الحركة المفصلية وينعقل المفصل بسبب الجسم الحر الموجود داخله، وقد نجد فرقعة مفصلية.

■ الالتهابية:

سنجد علامات أخرى للداء الرثياني غالباً لدى وجوده في المرفق. عندما تطول مدة الالتهاب سنجد تورماً، تغيراً في المفصل مع تشوهه. نفحص سلامة العصب الزندي.

■ **العصبية:**

نفحص بدقة مكان توزع الأعصاب الناصف، الزندي والكعبري لكشف إصابة أي من هذه الأعصاب.

■ **أخرى:**

نجد في التهاب الجراب الزجي تورماً فوق منطقة الزج. إن هذا التورم ممتلئ بالسائل فهو يبدي علامة التموج والشفوف الضوئي. إذا التهب هذا التورم فسيصبح محمراً ومؤلماً. في حالة مرفق التنس سنجد إيلاماً فوق اللقيمة الوحشية. إن حركة كب الساعد مع بسط المرفق تفاقم الألم في مرفق لاعبي الغولف سنجد إيلاماً فوق منطقة اللقيمة الأنسية. إن التشوه يكون واضحاً عيانياً في حالة المرفق الأفحج أو الأروح. من الهام فحص العصب الزندي في حالة المرفق الأروح.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم عام وسرعة التثفل:**

↓ الخضاب في فقر الدم بسبب المرض المزمن، مثلاً التهاب المفاصل الرثياني، ↑ الكريات البيض في التهاب المفصل الخمجي، ↑ سرعة التثفل في الداء الرثياني.

- **العامل الرثياني:**

داء رثياني.

- **صورة بسيطة:**

لكشف الكسور حول المرفق. خلع المرفق، التهاب العظم والمفصل، الداء الرثياني، الداء التنكسي، التهاب العظم والغضروف المسلخ مع أجسام حرة ضمن المفصل، التهاب العضلات المعظم.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية:**

التهاب الجراب الزجي (يجب أن يكون التشخيص واضحاً سريرياً).

- **الرشف:**

تلوين غرام: زرع مع اختبار تحسس، إنتان. البلورات: النقرس.

المعصم WRIST

الأسباب CAUSES:

رضية:

كسر كعبري بعيد مثلاً كوليس، سميث.

الخلوع.

الكسر الزورقي.

خلوع الرسغ.

تنكسية:

التهاب العظم والمفصل.

التهابية: الداء الرثياني.

أخرى: العقدة Gonglion.

التهاب غمد الوتر:

ـ لـ دي كورفان.

ـ التهاب غمد الوتر الباسط.

تناذر نفق الرسغ.

النخرة الجافة للعظم الهلالي (داء كينبرك).

القصة HISTORY:

■ **الرضية:**

إن مريض كسر كوليس عادة هو امرأة مسنة مصابة بتخلخل العظام. يوجد هنا قصة وقوع على اليد الممدودة. يشكو المريض من الألم والتشوه. إن كسر سميث هو عكس كسر كوليس. أيضاً يتظاهر هذا الكسر بالألم والتشوه. إن خلوع الرسغ نادرة وأشيعها خلع الهلالي. يحدث ذلك عادة بسبب الوقوع على اليد وهي بوضعية عطف ظهري. قد يصاب العصب الناصف هنا. يحدث الكسر الزورقي لدى الوقوع على اليد الممدودة أو من ضربة على راحة اليد. يشكو المريض من تورم وألم في المعصم.

■ **التنكسية:**

إن التهاب العظم والمفصل للمعصم غير شائع وهو من عقابيل الأذية المعصمية، مثل الكسر الزورقي. يشكو المريض من ألم ويبوسة في المعصم.

■ **الالتهابية:**

يصاب المعصم بشكل شائع في سياق الداء الرثياني. في المراحل الأولى سنجد تورماً، حرارة، ألماً ويبوسة. يحدث في النهاية الانحراف الزندي وتحت الخلع الراحي.

■ **غيرها Others:**

العقدة Ganglion هي كتلة غير مؤلمة تتوضع على ظهر المعصم عادة. إن التهاب غمد الوتر لدى كورفان يصيب الأعمار المتوسطة عادة. يصيب هذا الالتهاب العضلات مبعدة الإبهام الطويلة وباسطة الإبهام القصيرة، يشكو المريض من الألم لدى حركة المعصم ومن ضعف القبضة. يتلو التهاب غمد الوتر الباسط المفرقع "Extensor Tenosynovitis Crepitans"، الفعالية المفرطة وقد يؤثر هذا الالتهاب على كل أو واحد فقط من الأوتار الباسطة، يشكو المريض من الألم والمضض على ظهر المعصم والمترافق مع الحركة. في متلازمة نفق الرسغ قد نجد قصة حمل، داء رثياني، وذمة مخاطية، التهاب عظم ومفصل، خلع أمامي للهلالي أو ناسور شرياني وريدي أجري لإجراء التحال. تصيب هذه المتلازمة غالباً النساء ذوات الأعمار المتوسطة. ينتشر الألم على مسار العصب الناصف في اليد، يسوء خلال النوم في السرير ليلاً ويخف بجعل اليد تتدلى خارج السرير. يشكو المريض أيضاً ضعف أداء في حركات اليد الدقيقة بسبب إصابة العصب الناصف. في حالة النخرة الجافة للهلالي قد نجد قصة رض سابق. يكون المريض عادة شاباً وتكون أعراضه الألم الكليل واليبوسة.

الفحص EXAMINATION:

■ **الرضية:**

نشاهد في كسر كوليس تشوه الشوكة النموذجي. تنزاح القطعة البعيدة للكسر إلى الخلف والوحشي أما في كسر سميث فسنجد تزوياً أمامياً للقطعة البعيدة. يعاني المريض من الألم وتحدد الحركة والتورم. يتورم المعصم أيضاً لدى حدوث الخلع. نفحص العصب الناصف. تؤدي كسور الزورقي إلى حدوث تورم حول المعصم مع إيلام موضعي في منشقة الجراحين Anatomical Snuff Box.

■ **التنكسية:**

قد يبدو المعصم طبيعياً في التهاب العظم والمفصل. لكن قد نجد تحدد أو ألم في الحركة مع فرقعة.

■ **الالتهابية:**

قد نجد في الداء الرثياني تورماً عيانياً واضحاً، حرارة موضعية، ألماً ويبوسة. يحدث في النهاية الانحراف الزندي كما وقد يحدث تحت خلع راحي.

■ **غيرها Others:**

إن العقدة هي كتلة كيسية غير مؤلمة محددة بشكل واضح. تكون العقدة شفيفة على الضوء. يشكو مريض التهاب غمد الوتر من إيلام موضع وأحياناً تورم. تكون الموجودات هنا قليلة عدا ذلك باستثناء ملاحظة أن قبضة المريض ضعيفة. نبحث عن سبب يمكن أن يؤدي إلى متلازمة نفق الرسغ مثلاً: الحمل، الوذمة المخاطية، ويوضع التشخيص عادة بناء على القصة. قد نجد ضموراً في عضلات إلية اليد وشذوذات حسية في مكان توزع العصب الناصف. قد تكون علامة تينل إيجابية أي أن القرع فوق العصب الناصف لدى مروره ضمن النفق الرسغي سيؤدي إلى تشوش الحس على مسار العصب في اليد. في داء كينبرك نجد إيلاماً موضعاً وتحدداً في العطف الظهري.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

● **تعداد دم عام وسرعة التثفل:**

↓ الخضاب في فقر الدم بسبب المرض المزمن مثلاً: الداء الرثياني. ↑ الكريات البيض في الخمج. ↑ سرعة التثفل ← في المرض الالتهابي مثل الداء الرثياني.

● **العامل الرثياني:**

الداء الرثياني.

● **صورة بسيطة:**

الكسور، الخلوع، صور العظم الزورقي عند الاشتباه بكسره. زيادة كثافة العظم في النخرة الجافة. التهاب العظم والمفصل، الداء الرثياني.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **زرع الدم:**

التهاب المفصل الخمجي.

- **الرشف:**

الخمج: تلوين غرام، زرع مع اختبار تحسس، بلورات في النقرس.

- **دراسات النقل العصبي:**

لكشف تناذر نفق الرسغ (إذا كانت الشكوى غير نموذجية).

الورك HIP

الأسباب CAUSES:

الخلقية:

خلع الورك الولادي /CDH/ (عسر التنسج التطوري للورك).

المكتسبة:

رضية: كسر عنق الفخذ.
خلع الورك.
كسر الفرع العاني.
كسر الجوف الحقي.

الخمجية: التهاب المفصل المقيح الحاد.
السل.

الالتهابية: داء رايتر.
الداء الرثياني.
التهاب الفقار المقسط.

التنكسية: الورمية:
ـ النقائل.
ـ الابيضاض في الطفولة.

التهاب العظم والمفصل:

ـــ بدئي.

ـــ ثانوي.

النخرة الجافة.

غيرها: التهاب الزليل العابر.

داء بيرتس.

انزلاق المشاشة العلوية للفخذ.

القصة HISTORY:

■ **خلقية:**

يكشف الـ CDH لدى الفحص الروتيني للوليد بواسطة اختبار أورتولاني. إذا لم ينتبه للتشخيص بالفحص الروتيني، يشكو الطفل فيما بعد من مشية عرجاء متهادية (مشية تراندلنبورغ)، يزداد خطر حدوث الـ CDH إذا وجدت قصة إصابة به لدى أحد الوالدين. إن الـ CDH يكون أشيع انتشاراً في الولادة المقعدية وولادة أول طفل، وفي الأطفال الإناث. نفتش عن آفات ولادية خلقية أخرى.

■ **المكتسبة:**

الرضية:

يحدث كسر عنق الفخذ عند الأنثى المسنة غالباً. قد يكون الرض خفيفاً مثل التعثر فوق السجادة. يشكو المريض من الألم في منطقة الورك، ألم بحركات المفصل، كما يكون من المستحيل على المريض أن يحمل ثقل وزنه. عندما يكون المريض شاباً فسنجد قصة رض عنيف عادة. إن خلع الورك الذي هو عادة خلفي، يترافق مع أذيات أخرى شديدة عادة. يحدث الخلع غالباً في حوادث الطرق عندما تصطدم ركبة المريض بمقدمة السيارة. إن كسور الحوض هي عادة نتيجة للسقوط عند كبار السن. يشعر المريض بألم متوضع عميقاً في منطقة الورك كما يكون المشي مؤلماً. تنتج الكسور ضمن الجوف الحقي عادة من الرض العنيف المباشر، مثل السقوط على جانب الورك، أو غير المباشر، مثل السقوط على القدم أو اصطدام الركبة بمقدمة السيارة.

خمجية:

ينتقل الخمج عادة عن طريق الدم. قد يحدث عند الأطفال حيث يكون كردوس العظم ضمن المحفظة كما في الورك. نفتش عن قصة تناول الستيروئيدات أو أي أدوية أخرى كابتة للمناعة. يشكو المريض من ألم، حرارة، إيلام فوق منطقة مفصل الورك. كما يحدث تحدد في الحركة ويكون حمل ثقل الجسم بواسطة المفصل مؤلماً. في السل نجد عادة قصة تماس. يشكو المريض من دعث، نقص وزن وتعرق ليلي. كما نجد أيضاً ألماً موضعياً، تورماً مع تحدد في الحركة وضمور عضلي موضعي.

الالتهابية:

يذكر لنا مريض داء رايتر قصة إصابة سابقة بالتهاب إحليل أو التهاب ملتحمة. نجد عادة قصة تماس جنسي أو إصابة بالزحار. يشكو مريض الداء الرثياني من مرض جهازي مع دعث ونقص وزن، يذكر المريض قصة ألم في الورك والذي قد يبقى بوضعية عطف، قد يصيب التهاب الفقار المقسط الورك. لكن بداية ويكون العرض الأول لهذا المرض هو يبوسة في العمود الفقري.

تنكسية:

يشكو مريض التهاب العظم والمفصل من الألم، اليبوسة، والتشوه، كما يجد صعوبة في المشي. قد نجد أيضاً انصباباً في المفصل، ونقصاً في الحركات. قد يتلو التهاب العظم والمفصل الثانوي قصة كسور، داء بيرتس، انزلاق المشاشة العلوية للفخذ، النقرس، الناعور، النخرة الجافة لرأس الفخذ التالية للكسور داخل المحفظية لعنق الفخذ. وقد تتلو النخرة الجافة استخدام الستيروئيدات.

ورمية:

إن النهاية العلوية للفخذ قرب العنق هي مكان شائع لحدوث النقائل، قد ينتج ألم الورك عند الأطفال عن الارتشاح الابيضاضي.

غيرها Others:

يؤدي التهاب الزليل العابر إلى مفصل ورك حساس مع عرج، ألم، وتحدد في الحركة. إن الفئة العمرية الأكثر إصابة بداء بيرتس هي 7-8 سنوات، يعاني المريض

في هذا الداء من ألم وركي مع عرج. تكون حالة المريض فيما عدا ذلك حسنة. قد ينعكس الألم على الركبة (الألم الرجيع). إن انزلاق المشاشة الفخذية العلوية تحدث في الفئة العمرية 10-18 سنة، يحدث هذا المرض عند الأولاد الذكور بشكل أكثر شيوعاً. يشكو المريض من ألم وركي وعرج. قد ينعكس الألم على الركبة.

الفحص EXAMINATION:

■ **خلقية:**

يجرى فحص أورتولاني بعد الولادة. يعطف الوركان والركبتان لزاوية قائمة ويجرى تبعيد الفخذين، قد نشعر بتكة لدى دخول رأس الفخذ لضمن المفصل الوركي إلى الجوف الحقي. في اختبار بارلو يمسك الجراح بأعلى الفخذ بين الإصبع الوسطى الموضوعة على المدور الكبير والإبهام الموضوع على المنطقة المغبنية ثم يرفع رأس الفخذ لداخل ولخارج الجوف الحقي، فيظهر وجود الخلع.

■ **مكتسبة:**

الرضية:

يبدي مريض كسر عنق الفخذ قصراً في الطرف السفلي، مع تقريب ودوران خارجي أيضاً. تكون الحركات مؤلمة. يكون مريض الخلع مصاباً بأذيات أخرى عادة. يكون الفخذ معطوفاً بوضعية تقريب، ودوران داخلي في الخلع الخلفي. نفتش عن أذية العصب الوركي. قد نجد هنا أيضاً أذية مرافقة للفخذ أو الرضفة. في الكسور المعزولة للشعبة العانية يكون الفحص السريري قليل الفائدة، رغم أن وجود كسر آخر أو أذية مفصلية أخرى في المنطقة الخلفية للحلقة الحوضية هو أمر شائع.

الخمجية:

يشكو مريض التهاب المفصل القيحي من حرارة، إيلام، ألم، تورم في الورك. كل الحركات تكون مؤلمة. قد نجد تشنجاً في العضلات المحيطة. يصاب المريض عادة بحمى عالية. يشكو مريض السل الوركي من إيلام موضع، تورم وانصباب في المفصل. يوجد ضمور عضلي وتشنج. يعاني المريض عادة من انزعاج عام ودعث وحمى.

الالتهابية:

سنجد في داء رايتر التهاب إحليل والتهاب ملتحمة مرافقين. كما نجد في الداء الرثياني دعث، حمى وتورم مفصلي، يكون الورك بوضعية عطف غالباً. تكون حركات مفصل الورك مؤلمة. نجد أيضاً نقصاً في مجال هذه الحركات. يشكو مريض التهاب الفقار المقسط من يبوسة في العمود الفقري مع نقص في سعة الحركة، ورغم أن الوركين قد يصابان باليبوسة أيضاً، لا تتأثر هنا المفاصل الصغيرة.

التنكسية:

يشكو مريض التهاب العظم والمفصل من عرج عادة يكون الطرف السفلي بوضعية تبعيد خارجي ويبدو قصيراً بسبب التقريب الثابت. ويوجد عادة درجة من العطف الثابت، تتحدد الحركات والأكثر تحدداً منها والأبكر هو حركات التبعيد، البسط، والدوران الداخلي. كما نجد قصراً واضحاً في الطرف. تؤدي النخرة الجافة إلى تشوه شكل المفصل مع يبوسة، تحدد حركة وفي النهاية التهاب عظم ومفصل ثانوي.

الورمية:

نفتش عن ألم موضع فوق منطقة الورك. نفتش عن أي ورم ضمن الثدي، القصبات، الدرق، الموثة أو الكلية. عند الأطفال المصابين بارتشاح ابيضاضي ضمن المفصل سنجد علامات أخرى للابيضاض كالتكدم التلقائي، اعتلال العقد اللمفاوية وضخامة الطحال.

غيرها:

يشكو مريض التهاب الزليل العابر من عرج. لا يشكو هذا المريض من أي انزعاج جهازي. كما نجد تحدداً في الحركة عند المفصل المصاب، يشكو مريض داء بيرتس من عرج ونقص سعة الحركات المفصلية. يكون الطرف في انزلاق المشاشة العلوي بوضعية دوران خارجي، ويكون الدوران الداخلي المنفعل محدوداً.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم عام وسرعة التثفل.**

↓ الخضاب: فقر دم بسبب المرض المزمن، مثلاً الداء الرثياني. ↑ الكريات البيض: إنتان. ↑ سرعة التثفل: مرض التهابي مثلاً: داء رثياني، التهاب فقار مقسط.

- **صورة بسيطة للورك:**

أمامية خلفية وجانبية، كسور، داء تنكسي، داء رثياني، خلع، داء بيرتس، انزلاق المشاشة العلوية للفخذ، السل، النخرة الجافة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **زرع الدم:**

التهاب المفصل الخمجي.

- **الرشف:**

الخمج: تلوين غرام، زرع واختبار تحسس، البلورات في النقرس.

- **الأمواج فوق الصوتية:**

خلع الورك الولادي.

- **المسح العظمي:**

النخرة الجافة، الكسر الخفي.

الركبة KNEE

الأسباب CAUSES:

الرضية:

العظام:	كسور الرضفة.
	الكسور فوق اللقمة للفخذ.
	كسور الظنبوب المارة بالمفصل.
الأربطة:	أذية الرباط الجانبى الأنسى والوحشى.
	أذية الرباط المتصالب.
	تمزق وتر مربعة الرؤوس.
الغضاريف الهلالية:	تمزق الغضاريف الهلالية.

الخمجية:

التهاب المفصل القيحى.

الالتهابية:

الداء الرثيانى.

داء رايتر.

التهاب الفقار المقسط.

التنكسية:

التهاب العظم والمفصل.

الاستقلابية:

النقرس.

النقرس الكاذب.

الاعتلال العصبي:

مفصل شاركوت.

الورمية:

الساركوما العظمية.

غيرها:

التهاب الجراب:

ـ التهاب الجراب أمام الرضفة (ركبة مدبرة المنزل).

ـ التهاب الجراب تحت الرضفة (ركبة القس).

ـ التهاب الجراب نصف الغشائي.

كيسة بيكر.

التهاب العظم والغضروف المسلخ.

اضطرابات الارتصاف:

ـ الركبة الفحجاء (تقوس الساقين).

ـ الركبة الروحاء (اصطكاك الركبتين).

عدم الثباتية الرضفية الفخذية.

داء أوسكود – شكلاتر (التهاب عظم وغضروف لحدبة الظنبوب).

التلين الغضروفي للرضفة.

الألم الرجيع من الورك/ الظهر.

القصة HISTORY:

■ الرضية:

نجد عادة قصة رض واضحة في حالة وجود كسر حول الركبة. تنتج كسور الرضفة عن التقلص العنيف لمربعة الرؤوس أو عن الرضوض المباشرة التي تصيب الرضفة. في حال تمزقات الأربطة سنجد قصة رض أثناء الرياضة غالباً مثلاً لاعبي كرة القدم. يشكو المريض هنا من تورم وألم في الركبة. تنتج أذية الرباط المتصالب الخلفي عن القوة التي تدفع بالظنبوب خلفياً على الفخذ بينما تكون الركبة بوضعية عطف مثلاً حوادث السيارات التي يصطدم القسم العلوي للظنبوب فيها بلوح السيارة الأمامي. تحدث تمزقات الغضاريف الهلالية عند الرياضيين وعند عمال المناجم. ما يحدث هنا هو أن العامل تنفتل ركبته وعليها ثقل الجسم كله وهي بوضعية عطف. يشكو المريض هنا من تورم في الركبة مع ألم ومضض في نفس الجانب الذي تمزق فيه الغضروف الهلالي. قد تنعقل الركبة أي تفقد آخر 10-15 درجة من البسط. إن التورم السريع جداً يدلنا على النزف ضمن المفصل وبالتالي فهو يدل إما على الكسر أو على أذية الرباط المتصالب أو على انفصال الغضروف الهلالي محيطياً.

■ الخمجية:

يكون العامل الخامج محمولاً بالدم عادة. أكثر شيوعاً عند الأطفال. قد يحدث عند البالغين المعالجين بالستيروئيدات أو ناقصي المناعة. يشكو المريض من ألم، مضض، حرارة فوق المفصل مع إعياء وحمى. يرفض المريض بشدة تحريك المفصل.

■ الالتهابية:

في الداء الرثياني يشكو المريض من الألم والتورم مع الانزعاج الجهازي. قد نجد أعراضاً أخرى للداء. يشكو مريض داء رايتر من التورم ومن شعور عدم الراحة في الركبة. لدينا هنا قصة التهاب إحليل، التهاب ملتحمة أو زحار معوي. قد يشكو مريض التهاب الفقار المقسط من شعور عدم الراحة في مفصل الركبة وعادة يصاحبه تيبس في العمود الفقري.

■ **التنكسية:**

إن التهاب العظم والمفصل شائع في الركبة. قد يكون المريض زائد الوزن ومسناً. نجد هنا ألماً بالحركة، يبوسة وتشوه مفصلي. قد نجد قصة مرض مفصلي سابق، مثلاً: التهاب المفصل الخمجي، تمزق غضروف هلالي، جراحة على الغضروف الهلالي، أو التهاب العظم والغضروف المسلخ.

■ **الاستقلابية:**

قد يشكو مريض النقرس من ألم وتورم في مفصل الركبة. النقرس الكاذب (داء ترسب البيروفوسفات) قد يصيب الركبة أيضاً. تترافق هذه الحالة مع الكلاس الغضروفي أي يوجد تكلس واضح عيانياً في الغضروف الزجاجي والليفي.

■ **العصبية:**

يشكو المريض من تشوه مفصلي واضح وفرط في حركية المفصل لكن دون ألم. قد نجد قصة داء سكري، سفلس أو جذام.

■ **الورمية:**

إن النهاية السفلية للفخذ والنهاية العلوية للظنبوب هي أماكن شائعة للساركوما العظمية. يكون المريض غالباً ذكراً عمره أقل من 30 سنة. نجد هنا ألماً، تورماً وتشوهاً حول الركبة. قد يشكو المريض أيضاً من سعال بسبب النقائل الرئوية.

■ **غيرها Others:**

يأتي مريض التهاب الجراب بتورم أمام الركبة أو خلفها. قد يكون التورم غير مؤلم. إن المرضى الذين يعملون على ركبهم وهم منحنون للأمام مثلاً عاملي السجاد قد يصابون بالتهاب الجراب أمام الرضفة. بينما يحدث التهاب الجراب تحت الرضفة عند الذين يجلسون على أعقاب أقدامهم (كما في صلاة القسّيسين ومن هنا جاء الاسم ركبة القس). يتواجد الجراب نصف الغشائي خلف الركبة على الجانب الأنسي. قد يصاب هذا الجراب بالخمج وهنا يشكو المريض من تورم مؤلم بالجس، حار وأحمر اللون. تتواجد كيسة بيكر في الخط المتوسط للحفرة المأبضية. يلاحظ المريض كتلة. قد يعاني المريض من ألم بسبب التهاب العظم والمفصل.

■ **التهاب العظم والغضروف المسلخ:**

يحدث هذا المرض في العقد الثاني من الحياة غالباً. تصاب قطعة من العظم بنخرة جافة ثم تنفصل وتشكل جسماً حراً داخل المفصل. يشكو المريض من الألم، التورم ومن انعقال المفصل من وقت لآخر.

اضطرابات الارتصاف:

تتظاهر الركبة الفحجاء بتقوس الساقين، يرتبط ذلك عند الأطفال بخلل في النمو مع أذية عظمية غالباً بمستوى المشاشات. قد نجد عند البالغين قصة رخد في الطفولة، قصة داء باجيت، أو داء رثياني. في الركبة الروحاء (اصطكاك الركبتين) يكون المريض غالباً طفلاً ويكون مصاباً أيضاً بقدم مسطحة. عند البالغين قد نجد قصة داء رثياني.

■ **عدم الثباتية الرضفية الفخذية:**

قد يحدث خلع في الرضفة. في الشكل الحاد قد نجد قصة ضربة على أحد جانبي الركبة. تصيب الخلوع المتكررة للرضفة الإناث المراهقات. يرتبط ذلك عادة مع تسطح اللقمة الوحشية، رضفة مرتفعة التوضع أو ركبة روحاء.

■ **داء أوسكود - شلاتر:**

يكون المريض عادة صبياً بعمر يتراوح بين 10 و 14. نجد قصة نشاط فيزيائي مثلاً لعب كرة القدم. يحدث الألم والتورم تماماً عند منطقة الحدبة الظنبوبية.

■ **التلين الغضروفي للرضفة:**

يشكو المريض من ألم غير واضح التوضع في القسم الأمامي من الركبة. هذا المرض أكثر شيوعاً عند الإناث من الفئة العمرية 15-35. قد نجد قصة رض سابق هناك عادة بعض التورم، ويحدث الألم عند صعود الأدراج بشكل خاص وتميل الركبة للانهيار.

الألم الرجيع:

من الشائع جداً أن ينعكس ألم الظهر أو الورك على الركبة. لذلك نسأل دائماً عن الأعراض الوركية والأعراض الظهرية.

الفحص EXAMINATION :

■ **الرضية:**

تكون الكسور واضحة عادة. يوجد هنا ألم وإيلام وتشوه وفرقعة. من الهام في كسور فوق اللقمتين أن نفحص التروية المحيطية. في حالة الأذيات الرباطية، نفحص ثباتية المفصل، وجود الانصبابات والإيلام فوق الرباط المتأثر. قد يكون تطبيق ضغط على الركبة لجعلها بوضعية روح أو فحج ضرورياً لتشخيص الأذيات الرباطية. كما نختبر علامات الجر الأمامي والخلفي ونجري اختبار لاشمان. في حالة أذيات الغضاريف الهلالية نجد إيلاماً، تورماً وانصباباً في الطور الحاد للأذية. قد ينعقل المفصل، أي يفقد آخر 10-15° من حركة البسط. في الطور المزمن سنجد ضموراً في مربعة الرؤوس، انصباباً، وإيلاماً فوق الغضروف الهلالي في خط المفصل. يكون اختبار ماك موري إيجابياً عند أذية الغضروف الهلالي الأنسي لكنه نادراً ما يجرى هذه الأيام.

■ **الخمجية:**

يكون المريض محموماً كما نجد حرارة، واحمراراً أو إيلاماً، وتورماً في المفصل. وسنجد أيضاً تشنجاً في العضلات المحيطة به.

■ **الالتهابية:**

نجد في الداء الرثياني حمى، وألماً وتورماً في المفصل مع نقص في سعة الحركة المفصلية وثخانة في الغشاء الزليل. كما سنجد علامات أخرى للداء الرثياني في المفاصل الأخرى. في داء رايتر نجد تورماً ونقصاً في حركات المفصل. قد يكون التهاب الملتحمة والتهاب الإحليل واضحين. قد يؤثر التهاب الفقار المقسط بمفصل الركبة مؤدياً إلى تورم ويبوسة فيه. سنجد أيضاً عندها نقصاً في حركات العمود الفقري.

■ **التنكسية:**

يتورم المفصل في التهاب العظم والمفصل بسبب المناقير العظمية أو تثخن الغشاء الزليل أو الانصباب. سنجد أيضاً ضموراً في مربعة الرؤوس ونقصاً في سعة الحركات مع ألم عند الحدود القصوى لحركة المفصل، واضطراباً في المشية. سيحدث لدينا خلل في الارتصاف المفصلي إذا أصيب جانب واحد من المفصل فقط بالمرض.

■ **الاستقلابية:**

يكون المفصل في النقرس محمراً، حاراً ومتورماً كما تتحدد حركاته. يحدث مظهر مشابه في النقرس الكاذب.

■ **الاعتلال العصبي:**

يكون المفصل متورماً ومشوهاً بشدة. نجد أيضاً حركة غير طبيعية فيه وتكون هذه الحركة غير مؤلمة. نفتش عن شذوذات في حس الحبل الخلفي (حس وضعية المفصل).

■ **غيرها:**

نجد في التهاب الجراب تورماً طرياً، متموجاً أمام الرضفة (التهاب الجراب أمام الرضفة) أو تحت الرضفة (التهاب الجراب تحت الرضفة). يكون التهاب الجراب نصف الغشائي بشكل تورم كيسي عند القسم الأنسي للحفرة المأبضية. إذا أصيب الجراب بالخمج سيصبح التورم حاراً وأحمرَ وممضاً. نجد في التهاب العظم والغضروف المسلخ تورماً في المفصل بسبب الانصباب، وانعقالاً متقطعاً للمفصل. تكون الركبة الروحاء والفحجاء واضحتين سريرياً. قد تنتج عدم الثباتية الرضفية الفخذية عن الخلع الحاد أو المزمن. في الخلع الحاد تنزاح الرضفة للوحشي مع عطف الركبة. سنجد إيلاماً موضعاً وتورماً. تنعقل الركبة في الخلوع المزمنة بوضعية نصف العطف. تعود لطبيعتها تلقائياً غالباً. قد تبدو الرضفة عالية جداً أو صغيرة جداً. في داء أوسكود – شكلاتر نجد إيلاماً وتورماً فوق حدبة الظنبوب. في التلين الغضروفي للرضفة سنجد تورماً خفيفاً وألماً عند ضغط الرضفة وتحريكها مقابل الفخذ. تذكر دائماً فحص الورك والعمود الفقري، لأن الألم في الركبة قد يكون مصدره الورك أو الظهر. إن كيسة بيكر هي تورم طري منتشر في كل الحفرة المأبضية. يحدث الألم عند تمزق الكيسة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

● **تعداد دم عام وسرعة التثفل:**

↓ الخضاب: فقر دم بسبب المرض المزمن، مثلاً الداء الرثياني، ↑ الكريات البيض: إنتان مثلاً التهاب مفصل خمجي. ↑ سرعة التثفل: داء رثياني، التهاب الفقار المقسط.

- **العامل الرثياني:**

الداء الرثياني.

- **حمض البول المصلي:**

داء النقرس.

- **صورة بسيطة للركبة (أمامية خلفية، جانبية، منظر النفق Tunnel والصورة الظليّة Sky Line):**

الكسور، الداء التنكسي، الداء الرثياني، الأجسام الحرة، الساركوما العظمية. قد تكون الصورة البسيطة المركزة على المفاصل ضرورية لتشخيص الأذيات الرباطية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **زرع الدم:**

التهاب المفصل الخمجي.

- **الرشف المفصلي:**

تلوين غرام والزرع والحساسية – الإنتان. يظهر الفحص المجهري البلورات في النقرس والنقرس الكاذب.

- **المسح بالنظائر المشعة:**

الورم، الأخماج، التهاب المفصل الحاد.

- **تنظير المفصل:**

الأجسام الحرة، الانصباب، أذيات الغضروف الهلالي.

- **خزعة الغشاء الزليل:**

لتأكيد التشخيص.

الكاحل ANKLE

الأسباب CAUSES:

الرضية:

الوثى (الأربطة الوحشية).

الكسور حول الكاحل.

تمزق وتر أشيل.

الخمجية:

التهاب المفصل القيحى (نادر).

السل (نادر).

الالتهابية:

الداء الرثيانى.

التنكسية:

التهاب العظم والمفصل.

غيرها:

التهاب غمد الوتر.

كاحل لاعب كرة القدم.

التهاب العظم والغضروف لعظم القعب.

متلازمة نفق الرصغ، Tarsal Tunnel Synd.

القصة HISTORY:

■ الرضية:

قد نجد قصة رض حديث. تؤثر رضوض الوثي على الرباط الوحشي عادةً. في حالة الكسور سنجد تورماً، تشوهاً، تكدماً، وفرقعة مفصلية حول الكاحل. قد نجد في حالة الافتراق الظنبوبي الشظوي كسراً شظوياً عالياً. يحدث التمزق في وتر أشيل غالباً عند ممارسة الرياضة (قد يحدث أحياناً والمريض على الفراش)، خاصة عند الذكور من الفئة العمرية المتوسطة. يشعر المريض هنا وكأنه قد تلقى ضربة على مؤخرة كعبه.

■ الخمجية:

يؤدي التهاب المفصل القيحي إلى احمرار، حرارة وإيلام في المفصل. إن التهاب المفصل السلي نادر. سنجد هنا ألماً لدى المشي. كما سنجد قصة سل في مكان آخر من الجسم.

■ الالتهابية:

إن الداء الرثياني هو السبب الأشيع للألم المزمن وللتورم في مفصل الكاحل. سنجد حتماً أعراضاً أخرى للداء الرثياني. قد نجد أيضاً حمى، ودعثاً.

■ **التنكسية:**

إن الداء التنكسي البدئي في مفصل الكاحل مرض نادر. يحدث الداء التنكسي في الكاحل غالباً عند عدم الرد الصحيح لكسر شمل السطح المفصلي أو عند حدوث نخرة جافة للقعب. تكون الأعراض قليلة غالباً.

■ **غيرها:**

قد يحدث التهاب غمد الوتر في الأوتار خلف الكعب الأنسي أو الوحشي. يشعر المريض بالألم في أحد جانبي الكاحل خاصة أثناء الانقلاب الداخلي أو الخارجي للقدم. يحدث كاحل لاعبي كرة القدم لدى لاعبي هذه الرياضة. يشكو المريض من ألم يصعب تحديد مكانه في مقدمة الكاحل. إن التهاب العظم والغضروف في القعب هو أمر نادر. يحدث ذلك لدى المراهقين والشباب الصغار. نجد هنا ألماً شديداً في الكاحل. في متلازمة نفق الرصغ ينضغط العصب الظنبوبي لدى مروره تحت قيد القابضات. فيؤدي ذلك إلى نمل وألم حارق في أخمص القدم والأباخس.

الفحص EXAMINATION:

■ **الرضية:**

في الكسور نجد تشوهاً، تورماً مجسوساً، إيلاماً، وفرقعة مفصلية. نجد في تمزقات وتر أشيل فجوة واضحة في وتر أشيل كما سنجد ضعفاً في العطف الأخمصي للقدم عند وجود مقاومة.

■ **الخمجية:**

نجد في التهاب المفصل القيحي إيلاماً، حرارة، انتباجاً وألماً في الكاحل. يكون الكاحل متورماً في حالة إصابته بالسل كما نجد هنا ضموراً في عضلات الربلة.

■ **الالتهابية:**

قليلاً ما يصيب الداء الرثياني الكاحل لوحده. تؤدي الإصابة إلى تورم وإيلام في الكاحل لكن سنجد علامات لالتهاب مفاصل أخرى.

■ **التنكسية:**

نجد في الداء التنكسي تورماً، مع نقصاً في سعة حركات الكاحل مع فرقعة.

■ **الأخرى:**

نجد في التهاب غمد الوتر تورماً منتبجاً وإيلاماً على طول الأوتار. يشكو المريض من الألم لدى الانقلاب الداخلي والخارجي القسري للقدم وذلك إذا أصيبت العضلات الظنبوبية الخلفية، والشظوية الطويلة. إن ما يحدث في كاحل لاعب كرة القدم هو تمزق المحفظة الأمامية للمفصل مع تكلسات لاحقة، يكشف الفحص السريري غالباً تحدداً في العطف الظهري للقدم. في التهاب العظم والغضروف لعظم القعب نجد تورماً في الكاحل وإيلاماً به. قد تتواجد أجسام حرة ضمن المفصل.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد عام للدم وسرعة التثفل:**

↓ الخضاب: فقر دم بسبب المرض المزمن، مثلاً الداء الرثياني، ↑ الكريات البيض: خمج، مثلاً التهاب المفصل القيحي. ↑ سرعة التثفل: داء رثياني.

- **صورة بسيطة للكاحل:**

الكسور. قد نحتاج صورة بسيطة لتوضيح نوع الكسر. نبحث دائماً عن كسر في أعلى الشظية لأن كسر القسم العلوي من جسم الشظية قد يحدث في الافتراق المفصلي، الداء الرثياني، الداء التنكسي، التهاب العظم والغضروف لعظم القعب. تكلس القسم الأمامي من المحفظة المفصلية نجده في كاحل لاعب كرة القدم.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **زرع الدم:**

التهاب المفصل القيحي.

- **الرشف المفصلي:**

تلوين غرام وإجراء زرع مع اختبار تحسس، في الخمج.

قد نجد بلورات ضمن السائل في النقرس.

- **المسح العظمي:**

الأخماج، التهاب المفصل الحاد.

- **المرنان:**

التهاب العظم والغضروف للقعب.

تورمات الكلية KIDNEY SWELLINGS

إن تورمات الكلية ليست غير شائعة. قد تكون صامتة أو قد تترافق مع بيلة دموية، إنتانات طرق بولية، وارتفاع الحرارة.

الأسباب CAUSES:

خلقية:

الكلية عديدة الكيسات.

مكتسبة:

خمجية:	خراج حول الكلية.
	سل.
انسدادية:	استسقاء الكلية.
	تقيح الكلية.
تنكسية:	الكيسة المفردة.
ورمية:	الورم الكظراني.
	الورم الأرومي الكلوي.

القصة HISTORY:

■ **خلقية:**

سنجد غالباً قصة عائلية للكلية عديدة الكيسات عند البالغين، لكن هذه الحالة لا تتظاهر سريرياً حتى العقد الثالث أو الرابع من العمر حيث قد يشكو المريض من كتلة بطنية، بيلة دموية، ألم قطني (خمج أو نزف ضمن إحدى الكيسات) أو قصور كلوي مزمن. قد يكون فرط التوتر الشرياني العرض البارز. نادراً ما يتظاهر استسقاء الكلية عند الولادة. قد يكون استسقاء الكلية أحد أسباب فشل النمو عند الأطفال.

■ **مكتسبة:**

قد نجد قصة تدرن. قد يشكو المريض من بيلة دموية، عسرة تبول أو بيلة قيحية، قد نجد في حالة الخراج حول الكلية قصة لداء سكري. يشكو مريض الورم الأرومي الكلوي من كتلة بطنية، ألم، بيلة دموية، حمى ونقص وزن وذلك خلال السنوات الثلاثة الأولى من الحياة.

الفحص EXAMINATION:

تكون الكتلة مجسوسة إما في المنطقة القطنية اليمنى أو اليسرى. تكون الكتلة متحركة مع التنفس ويمكن جسها باليدين معاً كما تكون ناهزة أيضاً. عموماً تبدي تورمات الكلية أصمية على القرع، لكن قد نجد شريطاً من الطبلية عبر التورم الكلوي وذلك بسبب الكولون المعترض الذي يعبر فوقه والممتلئ بالغازات. الكيسة البسيطة قد تكون كبيرة، متوترة وملساء. إن الكلى عديدة الكيسات قد تكون كبيرة الحجم وممتدة إلى المنطقة المغبنية. كما تكون ملساء ومكونة من كيسات كثيرة ناتئة. قد تكون مؤلمة بالجس إذا أصيبت بإنتان وقد تصبح متوترة إذا حدث نزف ضمنها. قد تكون الكلى المستسقية كبيرة جداً، ملساء، ومتوترة. قد تؤدي الخراجات حول الكلية إلى الاحمرار، التورم والوذمة في المنطقة القطنية. أحياناً قد تتبارز في القطن لكن ذلك نادر هذه الأيام. تكون الأورام الكظرانية عادة قاسية، غير منتظمة، عقدية، وقد تكون مثبتة. يشكو مريض الورم الأرومي الكلوي من كتلة كبيرة ضمن المنطقة القطنية والبطن.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم عام، سرعة التثفل:**

↑ الخضاب (قد يؤدي الورم الكظراني إلى احمرار دم). ↓ الخضاب: ضياع الدم بسبب البيلة الدموية. ↑ الكريات البيض: تقيح كلوي، خراج حول الكلية. ↑ سرعة التثفل: ورم كظراني، ورم أرومي كلوي، تدرن، إنتان.

- **نتروجين الدم وشوارده:**

ترتفع البولة والكرياتينين إذا كان المرض ثنائي الجانب.

- **سكر الدم:**

الخراج حول الكلوي في السكريين.

- **صورة بسيطة للكلية، والحالب والمثانة KUB:**

الاستسقاء الكلوي بسبب الحصيات الكلوية أو الحالبية، حدود الكلية

- **صورة صدر:**

النقائل، الورم الكظراني (نقائل قذائف المدفع Cannonball Metastases)، الورم الأرومي الكلوي والسل.

- **تحليل بول:**

الدم، الخلايا القيحية، المتعضيات، عينة بول الصباح الباكر EMSUs للكشف عن السل.

- **التصوير بالأمواج الصوتية:**

لتمييز الكتلة عند الكيسة، خزعة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **صورة ظليلة للطرق البولية عبر الوريد IVU:**

غياب الوظيفة، استسقاء الكلية، تغير شكل الكؤيسات (ورم كظراني).

- **التصوير الطبقي المحوسب CT:**

لتمييز الكتل عن الكيسات، انتشار الورم، الخزعة.

- **تنظير المثانة:**

ورم مثاني ساد للحالبين، سل، انسداد مخرج المثانة.

- **تصوير حويضة بالطريق النازل:**

موقع الانسداد.

- **تصوير حويضة بالطريق الصاعد:**

موقع الانسداد.

- **التصوير الشرياني:**

الدوران الدموي في الورم (نادر الاستخدام).

- **التصوير بالرنين المغناطيسي MRI:**

الآفات البارانشيمية الكلوية، الآفات الوعائية.

ألم الطرف السفلي LEG PAIN

يتحدث هذا الفصل عن أسباب الألم في الطرف السفلي سواء الناتجة عن آفات ضمن الطرف أو خارجه (الألم الرجيع). إن ألم الطرف السفلي شكوى شائعة بين المرضى وغالبية حالاته تنتج إما عن آفة وعائية أو عن آفة عظمية وقد تم التطرق إلى المشاكل المفصلية في فصل الاضطرابات المفصلية (صفحة 294).

الأسباب CAUSES:

الرضية:

- الكسور.
- الخلوع.
- أذيات الهرس.

الالتهابية:

- الداء الرثياني.
- داء رايتر.
- التهاب الفقار المقسط.

الخمجية:

- التهاب الهلل.
- التهاب العضلات (نادر).
- ذات العظم والنقي (نادر).
- التهاب المفصل الخمجي.

تنكسية:

- التهاب العظم والمفصل.
- كيسة بيكر.
- أذيات الغضروف الهلالي.

وعائية:

- الخثار الوريدي العميق.

الانسداد الشرياني الحاد.

العرج المتقطع.

عصبية:

ألم العصب الوركي.

الاعتلال العصبي المحيطي.

استقلابية:

النقرس.

ورمية:

الساركوما العظمية.

النقائل الثانوية.

غيرها:

الآلام العضلية العديدة الرثوية.

المعص.

التمارين الشاقة.

القصة HISTORY:

- **الرضية:**

يوجد قصة رض واضحة.

- **الالتهابية:**

نجد قصة تورم، يبوسة، تحدد حركة في المفصل، الألم لدى المشي. قد نجد قصة واضحة لداء رثياني مع علامات له في مكان آخر مثلاً: اليد. داء رايتر: التهاب ملتحمة، التهاب إحليل. التهاب الفقار المقسط: يبوسة الظهر خاصة في الصباح، إصابة الورك والركبة.

- **الخمجية:**

يحدث التهاب الهلل في حالة جرح نافذ، مثلاً لدغ الحشرات أو حالة الوذمة اللمفاوية للطرف السفلي. يشكو المريض من ألم، إيلام، احمرار، دعث وحمى.

قد يحدث التهاب العضل في سياق أمراض الكولاجين مثلاً تصلب الجلد، التهاب الجلد والعضلات. إن ذات العظم والنقي نادرة وهي أكثر شيوعاً عند الأطفال. قد نجد قصة كبت مناعي أو داء سكري، قصة خمج حديث في مكان آخر، ألم يزداد بالحركة، تورم واحمرار المنطقة المصابة. يشكو مريض التهاب المفصل الخمجي من احمرار، حرارة موضعية، إيلام وألم بالمفصل. أكثر شيوعاً عند الأطفال، عند البالغين نسأل عن قصة استعمال للستيروئيدات أو داء سكري.

■ **التنكسية:**

يشكو مريض الداء التنكسي من الألم، اليبوسة، والتشوه المفصلي، يكون الألم في بداية المشي أسوأ ومن ثم يتحسن مع استمرار المشي. تبدو كيسة بيكر بشكل بروز خلف الركبة. قد يشكو المريض من الألم ومن انتباج الربلة إذا تمزقت الكيسة. في حال أذيات الغضاريف الهلالية سنجد عادة قصة فتل للركبة مثلاً خلال لعب كرة القدم. قد تنعقل الركبة.

■ **الوعائية:**

يشكو مريض الخثار الوريدي العميق من تورم مؤلم للساق. قد نجد قصة استعمال لمانع حمل، عدم الحركة المطول، جراحة حديثة، خباثة. يؤدي الانسداد الشرياني الحاد إلى بداية حادة لألم شديد في الطرف المتأثر. يكون المريض غير قادر على تحريك الساق كما يشكو من برودة فيها. في العرج المتقطع لدينا قصة ألم على المشي يخف بالراحة. قد يصيب الربلة، الفخذ، أو الإلية. إن الألم في حالة الراحة في القدم قد يشير إلى مرض شرياني متقدم. يكون الألم أسوأ عند الخلود إلى الفراش في الليل ويحصل المريض على الراحة بإدلاء القدم خارج السرير.

■ **العصبية:**

يتوضع الألم (ألم العصب الوركي) في القسم الخلفي للطرف ويسوء بالسعال، أو الحركة أو الشد. قد يشكو المريض أيضاً من ألم ظهري مع تشنج مؤلم لعضلات الظهر هنا تتحدد حركات الظهر.

■ **الاستقلابية:**

يشكو مريض النقرس من ألم حاد، شديد مع تورم واحمرار للمفصل المصاب. قد نجد قصة نوبات سابقة. كما قد نجد قصة رض، جراحة، إنتان، استعمال للمدرات، احمرار الدم، ابيضاض الدم، علاج بالأدوية السامة للخلايا أو الكابتة للمناعة.

■ **الورمية:**

تصيب الساركوما العظمية الذكور بين الـ 20 والـ 40 عاماً. نجد عادة تورماً حول الركبة حيث إن المكان الأشيع للورم هو القسم السفلي للفخذ والقسم العلوي للظنبوب. يشكو المريض غالباً من ألم عظمي، تورم، أو سعال بسبب النقائل الرئوية. إن الألم أو الكسور المرضية قد تكون بسبب النقائل الثانوية. وهذه قد تأتي من الثدي، الرئة، الدرق، الموثة أو الكلية. نفتش عن الأعراض المتصلة بذلك أو بجراحة مسبقة لسرطان.

■ **غيرها:**

إن الآلام العضلية العديدة الرثوية تحدث عند الإناث المتقدمات بالسن. نجد هنا ألماً كليلاً، يبوسة صباحية في العضلات الدانية والتهاب مفصل مرافق. إن المعص هو تشنج عضلي مؤلم. يشكو المريض غالباً من ألم شديد في الأطراف السفلية خاصة في الليل أو بعد التمرين. قد يحدث المعص بسبب ضياع الأملاح، الاعتلال العضلي أو نقص التروية العضلية، إن المعص شائع في القصور الكلوي المزمن.

الفحص EXAMINATION:

■ **الرضية:**

يوجد ألم، فقد الوظيفة، إيلام، تشوه، فرقعة، حركة غير طبيعية، نفتش عن أذيات عصبية أو وعائية أخرى.

■ **الالتهابية:**

ألم في المفاصل، تورم، إيلام، نقص الحركة، تشوهات ثابتة، خلل في المشية. علامات الداء الرثياني بمكان آخر. داء رايتر، التهاب ملتحمة، التهاب إحليل. التهاب الفقار المقسط: يبوسة ظهرية، تحدد الحركات الصدرية، ظهر أحدب مثبت، فرط بسط رقبي.

■ الخمجية:

نجد في التهاب الهلل الحاد احمراراً أو إيلاماً فوق المنطقة المصابة. قد نجد اعتلالاً لمفاوياً مغبنياً. نجد في ذات العظم والنقي الحادة إيلاماً وحرارة فوق منطقة الإنتان. نجد في التهاب العضل إيلاماً وضموراً في العضلات. قد نجد علامات أخرى لأمراض الكولاجين مثلاً: التهاب الشريان العديد العقدي، الذئبة الحمامية الجهازية، تصلب الجلد أو التهاب الجلد والعضل. يوجد في التهاب المفصل الخمجي حرارة، إيلام، ألم، وتورم في المفصل وتكون كل الحركات مؤلمة. كما نجد تشنج عضلي حول المفصل.

■ التنكسية:

نجد في الداء التنكسي تشوهاً، تسمكاً للغشاء الزليل، ضخامة عظمية بسبب المناقير، انصباباً، نقص الحركة وتشوهات ثابتة. تظهر كيسة بيكر كتورم في الحفرة المأبضية. إذا تمزقت سيشكو المريض من ألم وتورم للربلة. تتظاهر أذيات الغضاريف الهلالية على شكل تورم في الركبة وإيلام فوق خط المفصل وذلك في المرحلة الباكرة. فيما بعد قد يظهر انصباب مستمر مع ضمور في مربعة الرؤوس وإيجابية علامة ماك موري MeMurray.

■ الوعائية:

يشكو مريض الخثار الوريدي العميق من ألم، إيلام، تورم وحرارة فوق الربلة عادة. نجد أيضاً وذمة في الكاحل. تكون علامة هومان Homan إيجابية. قد نجد في الخثار الحرقفي الفخذي الالتهاب الوريدي الأبيض المؤلم (الطرف السفلي الأبيض) أو الالتهاب الوريدي الأزرق المؤلم (الطرف السفلي الأزرق). يتظاهر نقص التروية الحاد بألم، شحوب، غياب نبض، نمل وشلل. نفتش عن رجفان أذيني. نفتش عن غياب النبض في العرج المتقطع. اختبار برغر.

■ الورمية:

سنجد عادة تورماً حاراً، مؤلماً بالجس حول الركبة إما في أسفل الفخذ أو في أعلى الظنبوب. نفحص الصدر لكشف النقائل الرئوية في حال وجودها. في حال التوضعات الثانوية للأورام نفحص الرئة، الثدي، الدرق، الموثة والكلية.

■ **العصبية:**

قد يوجد قعس، تحدد رفع الطرف السفلي الممدود، تحدد حركات الظهر، ضعف المنعكسات في الطرف السفلي. كما قد نجد مناطق من غياب الحس.

■ **الاستقلابية:**

نجد في النقرس احمراراً، إيلاماً وانتباجاً في المفصل مع تحدد في حركته. نفتش عن التوفات النقرسية في مكان آخر.

■ **غيرها:**

تتظاهر الآلام العضلية العديدة الرثوية بإيلام فوق العضلات وبالتهابات مفصلية. أحياناً قد نجد التهاب الشريان ذي الخلايا العرطلة كمرض مرافق. نفحص الشريان الصدغي للبحث عن الإيلام. قد نجد في حالة المعص علامات لقصور كلية مزمن.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل وسرعة التثفل:**

↓ الخضاب: فقر دم بسبب المرض المزمن، مثلاً الداء الرثياني، أمراض الكولاجين.
↑ الكريات البيض: خمج، مثلاً ذات العظم والنقي، التهاب المفصل الخمجي. ↑ سرعة التثفل: التهاب، مثلاً الداء الرثياني، الخباثة، الآلام العضلية العديدة الرثوية.

- **نتروجين وشوارد الدم:**

القصور الكلوي المزمن، الإصابة الكلوية في سياق داء كولاجين.

- **وظائف الكبد:**

تزداد الفوسفاتاز القلوية في حالة النقائل الكبدية.

- **العامل الرثياني:**

الداء الرثياني.

- **سكر الدم:**

السكري يؤدي لاعتلال عصبي، إصابة الشرايين المحيطية.

- **حمض البول المصلي:**

النقرس.

- **صورة بسيطة موضعية:**

الكسور، الداء التنكسي، الداء الرثياني، ذات العظم والنقي المزمنة، الأورام.

- **صورة بسيطة للمنطقة العجزية القطنية:**

أذيات القرص بين الفقري، المناقير العظمية، تضيق المسافة المفصلية، القعس.

- **صورة صدر بسيطة:**

للبحث عن النقائل الثانوية في سياق الساركوما العظمية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التصوير الطبقي المحوسب CT:**

الآفات الموضعية، الظهر مثلاً الأذيات القرصية، الأورام.

- **المرنان MRI:**

الظهر، الأذية القرصية، الورم.

- **دوبلر مضاعف:**

خثار وريدي عميق، المرض الشرياني.

- **تصوير الشرايين:**

داء شرياني.

- **تصوير الأوردة:**

خثار وريدي عميق.

- **دراسات النقل العصبي:**

الأذيات العصبية والاعتلال العصبي المحيطي.

تورمات الطرف السفلي LEG SWELLINGS

قد يكون تورم الطرف السفلي وحيداً أو ثنائي الجانب، تعود حالات التورم ثنائي الجانب إلى حالات طبية داخلية، مثلاً القصور القلبي أو الكلوي أو الكبدي. إن أسباب التورمات وحيدة الجانب عادة هي الرض، الداء الوريدي أو الداء اللمفاوي.

الأسباب CAUSES :

الموضعية:

التورم الحاد: الرض.

الخثار الوريدي العميق.

التهاب الهلل.

الأرج.

الداء الرثياني.

التورم المزمن: وريدي:

- الدوالي.
- انسداد العود الوريدي مثلاً: حمل، أورام حوضية، انسداد الأجوف السفلي، الطرف ما بعد الالتهاب الوريدي.

الوذمة اللمفاوية.

التشوهات الخلقية مثلاً: الناسور الشرياني الوريدي.

الشلل (قصور المضخة العضلية).

الاعتمادية Dependancy.

العامة:

قصور القلب الاحتقاني.

نقص بروتينات الدم مثلاً: قصور الكبد، المتلازمة الكلائية، سوء التغذية.

القصور الكلوي.

فرط حمولة السوائل.

الوذمة المخاطية.

القصة HISTORY:

يكون الألم مرتبطاً بالرض، الخثار الوريدي العميق، الإنتان أو يكون من مضاعفات الدوالي الوريدية. قد تكون الأسباب الأخرى للتورم في الطرف السفلي غير مؤلمة رغم أن الوذمة قد تؤدي إلى عدم الراحة في الطرف إذا أصبحت متوترة. يجب البحث عن التالي في القصة الطبية: رض الطرف، حمل حديث (خثار وريدي عميق)، خباثة بطنية أو حوضية، جراحة أو علاج شعاعي سابق للعقد اللمفية، مرض درقي، قصور قلب احتقاني، قصور كلية، سوء تغذية، التهاب سنجابية النخاع خلال الطفولة، أذيات عصبية، في الوذمة اللمفاوية البدئية قد يكون الطرف متورماً منذ الولادة أو أن الوذمة تطورت خلال البلوغ (الوذمة اللمفاوية المبكرة) أو خلال العقد الثالث (الوذمة اللمفاوية المتأخرة).

الفحص EXAMINATION:

يجب أن يكون وجود كسر، تكدم أو ورم دموي واضحاً. يكون الطرف في الهلل الخلوي محمراً، متورماً، حاراً ومؤلماً بالجس. قد يكون هنا واضحاً للعيان وجود جرح ثاقب. قد نشك بوجود خثار وريدي عميق إذا كان الطرف مؤلماً بالجس ومتورماً، خاصة في حال إيجابية علامة هومان في الربلة؛ أي وجود الألم في الربلة لدى عطف القدم الظهري. قد يكون الإيلام واضحاً فوق الوريد الفخذي في خثار الوريد الفخذي. قد يكون الطرف شاحباً ومتورماً مع امتداد الشحوب والتورم حتى المنطقة المغبنية (الالتهاب الوريدي الأبيض المؤلم) وقد يكون متوتراً أرجوانياً ومؤلماً بشدة (الالتهاب الوريدي الأزرق المؤلم) وذلك في حالة خثار الوريد الفخذي الحرقفي. يشير التورم ثنائي الجانب مع توسع الأوردة الجانبية على البطن إلى خثار الوريد الأجوف السفلي، كما قد يشير التورم والإيلام فوق المفاصل إلى الداء الرثياني. تكون الوذمة اللمفاوية انطباعية في المراحل الأولى لكنها تصبح في المراحل اللاحقة غير انطباعية وذلك عندما يصبح الجلد سميكاً وفي النهاية مفرط التقرن وثؤلولياً. إن وجود الندبات في المنطقة المغبنية، أو كتلة من عقد خبيثة، أو علامات لعلاج شعاعي مسبق يشير إلى الوذمة اللمفاوية كسبب محتمل. نجد في حال وجود ناسور شرياني وريدي أوردة متوسعة لا تتخمص برفع الطرف. يكون الطرف هنا أكثر سخونة من الطرف المقابل، كما سيظهر الجس هريراً فوق الأوعية وسنسمع بالسماعة لغطاً ميكانيكياً مستمراً.

قد يكون سبب التورم الموضع في الطرف ورماً. قد نجد أيضاً تورماً في الناحية البعيدة للطرف في هذه الحالة وذلك بسبب الانسداد الوريدي أو اللمفاوي. عندما يكون سبب التورم عصبياً مثل أذيات الأعصاب أو التهاب سنجابية النخاع فإن ذلك سيؤدي إلى ضمور والذي يجب أن يكون واضحاً. قد يكشف فحص البطن وجود ضخامة كبدية أو كتلة بطنية ممكن أن تسد العود الوريدي. من المناسب إجراء فحص مستقيمي للبحث عن ورم حوضي قد يكون أدى إلى خلق ضغط راجع عكسي على الجهاز الوريدي واللمفاوي أو أدى إلى "حوض متجمد".

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم عام سرعة التثفل:**

يمكن أن يؤدي الورم الدموي الكبير بسبب رض أو كسر إلى نقص الخضاب. يشير ارتفاع تعداد البيض إلى الإنتان. قد يقترن الورم الدموي مع نقص في تعداد الصفيحات.

- **تحليل البول:**

قد تشير البيلة البروتينية إلى سبب كلوي.

- **البولة والكهارل والكرياتينين:**

إن ارتفاع البولة والكرياتنين يدلنا على قصور كلوي.

- **وظائف الكبد:**

قد تشير إلى نقص وظيفة الكبد وبالتالي نقص ألبومين الدم.

- **غلوكوز الدم:**

قد يقترن التهاب الهلل أو أي خمج آخر للطرف مع الداء السكري.

- **صورة بسيطة للصدر:**

إن الموجودات التي تشير إلى قصور القلب هي ضخامة ظل القلب، الوذمة الرئوية والانصبابات الجنبية، قد تكون الوذمة الرئوية ناتجة عن فرط حمولة السوائل والناتج بدوره عن قصور الكلية. قد نجد نقائل ثانوية ناشئة عن ساركوما في الطرف.

- **صورة بسيطة للطرف:**

قد تظهر كسراً أو ورماً أو غازاً في النسج في حالة الغانغرينا الغازية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **مسح عوامل التخثر:**

قد نجد خللاً في التخثر ناتج عن اعتلال خثري وهذا الخلل قد يكون السبب للورم الدموي العفوي.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية:**

الورم الدموي أو أنسجة رخوة، ساركوما.

- **الطبقي المحوري:**

الورم الدموي أو الورم.

- **إيكو أو طبقي محوري للحوض:**

قد يظهر كتلة بطنية أو حوضية ضاغطة على الأوردة.

- **الدويلر المضاعف:**

يرينا الخثار الوريدي العميق أو الناسور الشرياني الوريدي.

- **التصوير الوريدي:**

يؤكد الخثار الوريدي العميق.

- **التصوير الشرياني:**

يؤكد وجود الناسور الشرياني الوريدي.

- **تصوير الأوعية اللمفاوية:**

قد يرينا سبب الوذمة اللمفاوية مثلاً نقص تنسج أو انسداد.

- **خزعة العقدة اللمفاوية:**

خمج أو ورم.

قرحات الطرف السفلي LEG ULCERS

إن القرحة هي تفرق اتصال في السطح البشروي. إن قرحات الطرف السفلي شائعة وقد يدل مكان القرحة في الطرف السفلي على سببها.

الأسباب CAUSES:

الرضية:

الخمجية:

الإفرنجي (نادر).

السل (نادر).

الورمية:

كارسينوما شائكة الخلايا.

الميلانوما الخبيثة.

كارسينوما قاعدية الخلايا (نادرة في الطرف السفلي).

الوعائية:

قرحات الركودة الوريدية.

القرحات الشريانية (نقص التروية).

الناسور الشرياني الوريدي.

الاعتلالية العصبية:

السكري.

الجذام (نادر).

التابس الظهري (الإفرنجي – نادر).

مناعي ذاتي/ التهاب وعائي:

الداء الرثياني (نادر).

الذئبة الحمامية الجهازية (نادرة).

دموية:

فقر دم منجلي.

احمرار الدم الحقيقي.

فرفرية نقص الصفيحات الخثارية.

غيرها:

التهاب الجلد المفتعل.

تقيح الجلد المواتى.

القصة HISTORY:

قد تكون قصة الرض واضحة. لكن في الأذيات المفتعلة قد لا تكون كذلك. يشير الألم لوجود رض، نقص تروية، أو خمج. إن غياب الألم يشير إلى سبب مرض عصبي مثل الداء السكري أو التابس الظهري تشير قصة الدوالي الوريدية أو الخثار الوريدي العميق إلى قرحات الركودة الوريدية. تشير القصة السابقة للعرج المتقطع بين الحين والآخر إلى نقص التروية كسبب للقرحة، ويشير إلى نفس هذا السبب قصة رجفان أذيني، أو التهاب شغاف جرثومي تحت حاد (صمية). إن وجود قرحة وريدية طويلة الأمد مع تغير حديث في شكلها يشير إلى حدوث كارسينوما شائكة الخلايا (قرحة مارجولين). تشير قصة داء رثياني أو مرض نسيج ضام إلى سبب التهابي وعائي للقرحة. إن الآفة المصطبغة المتقرحة الناشئة في مكان وحمة سابقة أو في مكان سليم سابقاً تشير إلى الملانوما الخبيثة وخاصة إذا كان لدينا قصة تعرض طويل للشمس أو قصة حرق شمسي. يجب السؤال عن قصة أي مرض دموي سابق. قد يحدث تقيح الجلد المواتي بالترافق مع داء كرون أو التهاب الكولون القرحي.

الفحص EXAMINATION:

■ **المكان:**

قد يدلنا مكان القرحة على سببها. تتوضع قرحات الركودة الوريدية في الجزء الأنسي من الثلث السفلي للطرف، فوق الكعب الأنسي عادة. تتوضع القرحات الشريانية فوق رؤوس الأمشاط وعلى ذروة الأباخس، وعلى الوجه الوحشي للسنع الخامس، وحول كعب القدم، وبين أصابع القدم، وعلى رؤوس أصابع القدم. تقع القرحات السكرية بنقص التروية بنفس الأمكنة. تتوضع قرحات الاعتلالات العصبية السكرية عند نقاط الضغط، مثلاً تحت كعب القدم، تحت رؤوس الأمشاط الأولى والخامسة للقدم، وتحت الأباخس. وهي تقترن عادة مع وجود الثفن.

■ **الحافة:**

مدرسياً يوجد خمسة أنواع. تشير الحافة المنحدرة Sloping Edge إلى قرحة شافية – بمرحلة الشفاء- مثلاً قرحات الركودة الوريدية. تشير الحافة المخرمة Punched – out Edgge إلى قرحة بنقص التروية أو قرحة إفرنجية صمغية (نادرة) بينما تشير الحافة المنقبة Undermined Edge إلى قرحة سلية (نادرة)، تشير الحافة المدورة إلى القرحة القارضة بينما تشير الحافة المقلوبة Everted Edge إلى قرحة خبيثة، مثلاً كارسينوما شائكة الخلايا.

■ **القاعدة:**

قد تتضمن خشكريشة أو نسيج حُبيبي. إن قرحات نقص التروية لا تتضمن أي نسيج حبيبي لكن نجد نسيجاً أسوداً نخرياً أو وتراً أو عظماً وذلك في قاعدتها. إن القرحات الإفرنجية تأخذ مظهراً نموذجياً بخشكريشة عند القاعدة تشبه الجلد المدبوغ.

■ **النسج المحيطة:**

هل الجلد المحيط بالقرحة وردي ومعافى وتعصيبه طبيعي؟ هل يوجد آفات سوداء تابعة للقرحة الرئيسية تميز الميلانوما الخبيثة.

نفحص العقد اللمفية الموضعية للبحث عن الخمج الثانوي أو النقائل. نفتش عن الدوالي أو التغيرات التابعة للخثار الوريدي العميق، أو غياب النبض، أو وجود اللغط. كما نفحص المريض ككل مثلاً: علامات الداء الرثياني. تذكر أن بعض الاضطرابات يمكن أن تعيق الشفاء حتى لو كانت الآفة البدئية ناجمة عن الرض، مثلاً: التروية الضعيفة، وسوء التغذية والعلاج بالستيروئيدات. إن القرحات فوق حرف الظنبوب عند النساء المسنات حيث يكون الجلد رقيقاً قد يكون سببها الرض الخفيف. لكن حقيقة أن الجلد هنا مدعوماً بشكل على سمحاق العظم الذي تحته تعني أن هذه القرحات قد تكون بطيئة الشفاء بشدة. إن القرحات الحادثة في الداء المعوي الالتهابي قد يكون سببها تقيح الجلد المواتي، قد تكون القرحات هنا عديدة وقد تكون بدايتها عبارة عن بثرات.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

● **تعداد دم عام وسرعة التثفل:**

↓ الخضاب يشير إلى مرض دموي. ↑ الكريات البيض: إنتان. ↑ سرعة التثفل: داء نسيج ضام (التهاب أوعية)، الإفرنجي، السل.

- **البولة والكهارل:**

إن الإصابة الكلوية قد تشير إلى مرض مناعي ذاتي.

- **سكر الدم:**

الداء السكري.

- **مسحة للقرحة:**

زرع اختبار تحسس.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **العامل الرثياني:**

الداء الرثياني.

- **مسح الأضداد.**

مثلاً أضداد ANCA (ذئبة).

- **اختبار VDRL:**

الإفرنجي.

- **دراسات الدوبلر:**

المرض الوريدي. المرض الشرياني.

- **الخزعة:**

إن الخزعة الشقية Incisional Biopsy نجريها في حال الشك بكارسينوما شائكة الخلايا أو لتشخيص سبب قرحة غامض. أما الخزعة الاستئصالية Excisional Biopsy فنجريها في حال الشك بميلانوما خبيثة.

- **تصوير الأوردة:**

يقيم الدوالي، كما يقيم انفتاح الأوردة العميقة.

- **تصوير الشرايين.**

يقيم الشجرة الشريانية.

أفات الشفة LIP LESIONS

إن آفات الشفة شائعة، قد تكون هذه الآفات مؤلمة بشدة ومعيقة للكلام والأكل. قد تكون محرجة للمريض اجتماعياً. وقد تمنع أيضاً التماس المناسب مع الشريك مما يؤدي إلى مشاكل عاطفية. عند المتقدمين بالسن تكون الكارسينوما سبباً شائعاً للكتلة الشفوية خاصة عند العاملين في العراء.

الأسباب CAUSES:

خلقية:

الشفة المشقوقة (شفة الأرنب).

مكتسبة:

الآفات المسطحة:
- الوحمة الوصلية.
- متلازمة بوتز جيغرز.
- توسع الشعريات (توسع الشعريات الوراثي النزفي).

الآفات المرتفعة:
- الكيسات المخاطية الاحتباسية.
- الثآليل.
- الحبيبوم المقيح.
- كارسينوما شائكة الخلايا.
- الميلانوما الخبيثة.
- قرح الإفرنجي (نادر).
- التشوهات الوعائية (نادرة).

التسحجات:
- الحلأ البسيط.
- القوباء.
- الفقاع.

التورم:
- الرض مثلاً: الحروق والعضات، الاعتداء.
- الوذمة الوعائية العصبية.
- التفاعلات الدوائية.
- داء كرون.

التهاب الشفة: الخمج مثلاً: بالمبيضات البيض.
التهاب الجلد بالتماس مثلاً أحمر الشفاه، مص القلم.
لعق الشفة خاصة عند الأطفال.

القصة HISTORY:

■ **خلقية:**

تحدث الشفة المشقوقة نتيجة لفشل التحام النواتئ الأنفية والفكية التي تشكل الشفة والفك العلويين. إن الشذوذ الوحيد قد يكون فقط تثلم بسيط في القسم الخارجي للثلث الأوسط للشفة العليا . لكنه قد يمتد إلى فتحتي المنخر الأماميتين. قد تكون الشفة المشقوقة مترافقة مع الحنك المشقوق. قد تكون الحالة أحادية أو ثنائية الجانب. يكون هنا تصويت المريض غير طبيعي.

■ **مكتسبة:**

الآفات المسطحة:

تتطور الوحمات الوصلية Junctional Naevi قبل أو عند البلوغ. نتأكد في هذه الحالة من عدم وجود تغير في الوحمة الوصلية يشير إلى تحولها إلى ميلانوما خبيثة. يكون الاصطباغ في متلازمة بوتز-جيغرز على اللثة بالإضافة إلى الشفة. سنجد هنا عادة قصة عائلية (جسمي قاهر). لا تتحول هذه الآفات الشفوية المصطبغة إلى الخباثة. قد تترافق هذه الآفات مع قصة مشاكل معوية مثلاً نزف أو انغلاف. في توسع الشعريات الوراثي النزفي يلاحظ المريض الآفات في الفم وعلى الجلد خاصة رؤوس الأصابع.

الآفات المرتفعة:

قد تصيب الكيسات المخاطية الاحتباسية أي عمر، يشكو المريض من كتلة على الوجه الداخلي للشفة، تعيق هذه الكتلة عملية الأكل. لكن في الثآليل، الحبيبوم المقيح، والكارسينوما شائكة الخلايا تكون شكوى المريض الوحيدة هي الكتلة الشفوية. قد نجد قصة طلوان أبيض في حالة الكارسينوما، أو مضغ بزرة الفوفل betel – nut أو تدخين البايب (الغليون). نموذجياً درجت العادة على الربط بعادة تدخين البايب الفخاري.

قد نجد قصة تعرض لأشعة الشمس وتكون الكارسينوما شائعة عند العاملين في العراء مثلاً: البحارة، المزارعين، الصيادين والأشخاص ذوي الجلد الأشقر الساكنين في المناخات المشمسة. قد يكون تقرح ونزف الآفة هو سبب قدوم المريض إلى الطبيب. إن الآفات الإفرنجية هي آفات نادرة كثيراً حالياً. قد يتواجد القرح الأولي على الشفة. يكون هذا القرح معدياً بشدة. إن الآفة الصمغية على الشفة نادرة جداً. قد تظهر الميلانوما الخبيثة في مكان الوحمة الوصلية كآفة سوداء متقرحة أو مرتفعة.

التسحجات:

أكثرها شيوعاً هو آفة الحلأ البسيط. إن القرحات الصغيرة المؤلمة، والحاكة قد تتواجد على الشفتين. تكون شائعة في المرضى مضعفي المناعة. إن القوباء شائعة حول الفم وعلى الوجه عند الأطفال لكنها قد تصيب كل الأعمار. إن الفقاع هو اضطراب نفاطي Blistering Disorder ويصيب المخاطية والجلد.

التورم:

قد يعود تورم الشفة إلى أسباب متنوعة. من المحتمل أن أشيع الأسباب هي الرض التالي عادة لعراك، لكن قد ينتج عن حرق (سوائل ساخنة)، أشعة الشمس أو الوذمة الوعائية العصبية، والتي هي نادرة وقد تصيب اللسان أو أجزاء أخرى من الجسم. قد تسبب التفاعلات الدوائية توذماً بشكل مترافق مع الشرى. تصيب الوذمة التالية للتفاعلات الدوائية كل الوجه وليس الشفة فقط. قد يسبب داء كرون تورماً في الشفة أيضاً. قد نجد هنا أيضاً أعراضاً وعلامات أخرى لداء كرون مثل الإسهال، الألم البطني أو الإنتان حول الشرج.

التهاب الشفة:

يشير ذلك إلى الالتهاب الحاصل في الشفة والذي قد يحدث عند زاوية الفم أي التهاب الشفة الزاوي أو التهاب الفم الزاوي، قد ينجم التهاب الجلد التماسي عن استخدام أحمر الشفاه أو مص القلم. قد نسأل عن قصة لعق شفة خاصة عند الأطفال. تسبب المبيضات التهاب شفة عند المضعفين مناعياً، الرضع، وعند الذين لديهم أطقم أسنان صناعية والمصابين بفقر دم بعوز الحديد.

الفحص EXAMINATION:

■ **خلقية:**

تكون الشفة المشقوقة واضحة عند الولادة. قد يكشف الحنك المشقوق بالفحص الروتيني بعد الولادة بفترة قصيرة أو يكشف لدى معاناة الطفل من صعوبات في الرضاعة. كن حذراً من عدم الانتباه للشق تحت المخاطي حيث يبدو الحنك في البداية سليماً. قد يأتي المريض شاكياً من صعوبات في الكلام والسمع بشكل متأخر.

■ **مكتسب:**

الآفات المسطحة:

تكون الوحمات الوصلية مسطحة، مصطبغة. إن آفات متلازمة بوتز – جيغرز مسطحة كذلك لكن بالإضافة لإصابتها للشفاه فهي تصيب أيضاً اللثة. في توسع الشعريات الوراثي فإن التوسع الشعري قد نجده أيضاً في الفم، على الحنك وعلى الجلد خاصة رؤوس الأصابع.

الآفات المرتفعة:

تتوضع الكيسات المخاطية الاحتباسية على الوجه الداخلي للشفة. تكون عموماً وردية شاحبة مع مظهر رمادي لزج عندما تشاهد محتويات الكيسة عبر المخاطية الفموية المتوترة فوقها. تكون عادة ناعمة، محددة بشكل جيد ونادراً ما تكبر أكثر من 2 سم قطراً. إن الآفة الثؤلولية واضحة عادة ويكون سطحها خشناً مفرط التقرن. قد تكون الثآليل ذات سويقة (معنقة). إن الحبيبوم المقيح هو عقيدة قاسية، صغيرة، حمراء كرزية تتألف من نسيج حبيبومي مفرط التنسج. إن كارسينوما الخلايا الشائكة هي عادة آفة قاسية متقرحة ذات حافة مرتفعة مقلوبة. قد تكون العقد اللمفية الموضعية مجسوسة بسبب النقائل. قد تحدث الميلانوما الخبيثة بدون أية آفة مسبقة أو قد تظهر على وحمة وصلية موجودة سابقاً. تكون الآفة عادة مرتفعة، مصطبغة، هشة أحياناً وتنزف بسهولة. قد نجد أيضاً عقيدات تابعة حول الآفة كما قد تكون العقد اللمفاوية الناحية مجسوسة بسبب النقائل. إن الآفات الإفرنجية نادرة هذه الأيام. قد يصيب القرح المترافق مع الإفرنجي الأولي الشفة. تكون الآفة البدئية مرتفعة، مسطحة وقاسية وغير مؤلمة، في النهاية قد تتقرح مكونة قرحة مؤلمة بشكل خفيف تتشكل عليها قشور (جلبات) لاحقاً. تصبح العقد اللمفاوية القريبة الناحية متضخمة ومؤلمة بعد 7-10 أيام عادة من ظهور القرح.

التسحجات:

تبدأ آفات الحلأ كبقعة من احمرار مؤلم، حاك. تتشكل الحويصلات لاحقاً ثم تجف وتتجلب على مدى 4-5 أيام، تنفصل الجلبات أخيراً مشكلة ندبات دقيقة. تؤدي القوباء إلى تشكل جلبات ذهبية اللون، على وجوه الأطفال عادة. تتسحج النفاطات سريعاً في الفقاع وتصبح سحجات مؤلمة وذلك على الأغشية المخاطية والجلد.

التورمات والتهاب الشفة:

تشخص هذه عادة من القصة. تسبب عادة احمرار والتهاب الشفتين.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم عام وسرعة التثفل:**

↓ الخضاب: فقر دم بعوز الحديد (مترافق مع التهاب شفة). ↑ الكريات البيض: خمج. ↓ الكريات البيض: كبت مناعي، ↑ سرعة التثفل: داء كرون والإفرنجي والخباثة.

- **المسحة:**

زرع مع اختبار تحسس، وفحص بالمجهر ذي الساحة العاتمة للسائل المأخوذ من قرح إفرنجي (يمكّن من رؤية اللولبيات).

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTGATIONS:

- **VRDL:**

الإفرنجي.

- **الخزعة:**

سليمة أم خبيثة، الحبيبوم المقيح. كارسينوما الخلايا الشائكة، الميلانوما الخبيثة (خزعة استئصالية). داء كرون.

- **الدراسة الخلوية لرشافة بإبرة رفيعة FNAC:**

قد يكون مشخصاً إذا ترافقت الآفة الشفوية مع ضخامة عقد لمفاوية.

- **تنظير المعدة:**

توتز - جيغرز، الآفات المخاطية.

- **تنظير الكولون:**

بوتز جيغرز، الآفات المخاطية.

ضخامة العقد اللمفاوية LYMPHADENOPATHY

إن ضخامة العقد اللمفاوية هي سبب شائع لشكوى المريض. قد تكون موضعة أو معممة. إن أسبابها كثيرة لكن أخذ القصة الواضحة والفحص السريري سيبسّط التشخيص غالباً. إن ضخامة العقد اللمفاوية، خاصة الرقبية، شائعة جداً عند الأطفال السليمين من النواحي الأخرى. تترافق الضخامات العقدية المؤلمة عفوياً وبالجس مع الإنتان عادة. بينما توجه الضخامة القاسية أو الصلبة وغير المؤلمة إلى الخباثة. نشرح هنا فقط الأسباب الشائعة والتي يتوجب على الطالب معرفتها.

الأسباب CAUSES:

الخمج البدئي:

الفيروسي: داء وحيدات النوى الخمجي.
الإيدز.
الإنتان بالفيروس المضخم للخلايا.
الحصبة الألمانية.
الحصبة.

الجرثومي: السل.
الإفرنجي.
المالطية.
داء خرمشة القطة.
داء الفيلاريا (داء الخيطيّات).
إنتان الدم.

الأوالي: التوكسوبلاسموز (داء المقوسات).

الإنتان الثانوي:

مثلاً التهاب لوزات مع ضخامة عقدية رقبية، خراج مع ضخامة عقدية ناحيّة.

الخباثات البدئية:

الابيضاض الأرومي اللمفاوي الحاد.
الابيضاض اللمفاوي المزمن.

داء هودجكن.

لمفوما لاهودجكن.

الأمراض التكاثرية النقوية.

الخباثة الثانوية:

النقائل من خباثة موضعية.

غيرها:

الساركوئيد.

الذئبة الحمامية الجهازية.

الداء الرثياني.

القصة HISTORY:



■ **الإنتان:**

تكون الإنتانات الموضعية واضحة عادة، مثلاً خراج سني مع ضخامات لمفاوية رقبية. قد نجد في الضخامات اللمفاوية المعممة قصة دعث، وسن وحمى. نفتش عن تعرض محتمل للسل، والذي قد يكون سبباً للاعتلالات اللمفاوية عند مضعفي المناعة. نفتش عن زيارات لبلاد أخرى. نسأل عن وجود حيوانات داخل المنزل مثلاً قطط (حمى خرمشة القطة) أو كلاب (التوكسوبلاسموز). في حالة حمى خرمشة القطة فإن الخرمشة تشفى غالباً قبل أن يأتي المريض إلى الطبيب. نلاحظ أي قصة لرض موضعي.

■ **الخباثة البدئية:**

سنجد بشكل طبيعي قصة دعث، حمى أو تعرق ليلي. قد يكون المريض قد لاحظ كتل في أماكن متعددة. إن النزف والتكدم العفوي المترافق مع نقص الصفيحات قد يكون موجوداً.

■ **الخباثة الثانوية:**

قد تكون البدئية واضحة أو قد تكون صغيرة جداً ولم تتم ملاحظتها من قبل المريض (مثلاً ميلانوما خبيثة في مكان لا يمكن الوصول إليه). قد نجد قصة خباثة

عولجت قبل عدة سنوات والآن ظهرت النقائل (مثلاً ضخامة لمفاوية إبطية أو رقبية بعد عملية جراحية ناجحة ظاهرياً لاستئصال كارسينوما ثدي بعدة سنوات).

■ **حالات أخرى:**

يسبب الساركوئيد اعتلال عقد لمفاوية سرية Hilarlymphadenopathy ثنائي الجانب قد تتواجد مع ضخامات عقدية في أماكن أخرى. نفتش عن قصة سابقة لذئبة أو لداء رثياني.

الفحص EXAMINATION:

نفحص العقد اللمفية المتضخمة. هل هي مؤلمة عفوياً وبالجس، فإن كانت كذلك فإننا نفترض وجود إنتان أو هل هي قاسية وغير مؤلمة فإن كانت كذلك فإننا نفترض وجود الخباثة. نفتش عن الأماكن التي تنزح لهذه العقدة للبحث عن موضع إنتان أو خباثة بدئية. نفتش عن خدوش خطية تدل على داء خرمشة القطة. نفحص للبحث عن تكدم. نفحص كل الأماكن الأخرى للتفتيش عن ضخامات لمفية: الرقبية، الإبطية، المغبنية، المأبضية والبكيرية Epitrochlear. نفتش عن وجود ضخامة طحالية وضخامة كبدية. نجري فحصاً عاماً شاملاً.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد عام للدم وسرعة التثفل.**

↓ الخضاب: أمراض الدم.↓ الصفيحات: أمراض الدم. ↑ الكريات البيض: إنتان، ابيضاض. ↑ سرعة التثفل: ورم، خمج. لطاخة دموية للبحث عن ابيضاض.

- **وظائف الكبد:**

للبحث عن نقائل خبيثة للكبد.

- **مسح عوامل التخثر:**

أمراض الدم. عيارات أضداد الفيروسات: الأخماج الفيروسية مثلاً: الإنتان بفيروس ابشتاين بار، الإيدز.

- **صورة صدر بسيطة:**

العقد السرية في الساركوئيد، السل، النقائل الثانوية.

- **اختبار مانتوكس:**

السل.

- **المسحة:**

الخمج الموضعي، زراعة مع تحسس جرثومي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **مسح الأضداد:**

ذئبة، داء ريثاني.

- **زروع الدم:**

إنتان الدم.

- **VDRL:**

الإفرنجي.

- **اختبار كفيم:**

الساركوئيد.

- **مسح أضداد التوكسو بلاسموز:**

التوكسوبلاسموز.

- **التصوير الطبقي المحوسب CT:**

توزع العقد، التصنيف المرحلي لداء هودجكن.

- **FNAC للعقد اللمفية:**

الخباثة مقابل الحالات الأخرى.

- **الخزعة:**

العقد اللمفية، مثلاً داء هودجكن، النقائل الثانوية، خزعة الآفات الموضعية، مثلاً: خمجية مقابل خبيثة.

التغوط الزفتي MELAENA

التغوط الزفتي هو عبارة عن مرور للدم المتبدل عبر المستقيم. يكون البراز الزفتي أسوداً وقطرانياً وله رائحة مميزة. ينحل الدم بواسطة حمض كلور الماء والأنزيمات المعوية وذلك في مستويات عليا من الجهاز الهضمي. من غير المحتمل أن يحدث التغوط الزفتي إن كان النزف آتياً من أسفل الصائم، وعلى الرغم من أنه قد ينجم التغوط الزفتي من نزف رتج ميكل أحياناً.

الأسباب CAUSES:

الدم المبتلع:

الرعاف.

نفث دم.

المري:

دوالي مري.

التهاب مري قلسي.

كارسينوما المري.

المعدة:

قرحة هضمية.

متلازمة مالوري – ويس.

ائتكالات معدية حادة.

كارسينوما.

ورم عضلات ملساء (نادر).

توسع الشعريات النزفي الوراثي (نادر).

تشوه وعائي (نادر).

العفج:

قرحة هضمية.

رتوج عفجية.

ناسور أبهري عفجي.

أورام بنكرياسية غازية (نادرة).

تدمي الصفراء (نادر).

الأمعاء الدقيقة:

ورم عضلي أملس (نادر).

رتج ميكل (نادر).

الاضطرابات النزفية:

داء كبدي مرافق.

قلة الصفيحات الدموية.

الناعور.

الأدوية:

مضادات التخثر.

الأسبرين.

مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية.

الستيروئيدات.

أخرى:

اليوريمية.

اعتلالات النسيج الضام.

أسباب أخرى للغائط الغامق:

معالجة بالحديد.

المعالجة بالبزموت.

عرقسوس.

بسكويت الفحم النباتي.

النبيذ الأحمر (كميات كبيرة).

القصة HISTORY:

■ الدم المبتلع:

تحرَّ وجود قصة سابقة لرعاف أو نفث دم.

■ المري:

قد تكون هنالك قصة تناول كحول بإسراف، أو قصة أمراض كبدية أخرى تدل على وجود دوالي مريئية. تحرَّ إن كان هنالك ألم حارق خلف القص وحرقة الفؤاد (اللذع)، مما يشير لالتهاب المري. تحرَّ إن كانت هنالك قصة عسرة بلع. يكون النزف في حالة دوالي المري غزيراً. ويكون النزف الناجم عن التهاب المري أقل غزارة.

■ **المعدة:**

تشير وجود قصة ألم شرسوفي إلى قرحة هضمية. قد تكون هنالك قصة تناول ستيروئيدات أو مضادات التهاب لا ستيروئيدية. عادة ما تحدث متلازمة مالوري – ويس في المرضى الأصغر عمراً والذين قد تناولوا وجبة كبيرة مع كمية كبيرة من الكحول وأصيبوا بإقياء قسري، بحيث أن الإقياء الأول يحوي الطعام، الإقياء الثاني يحوي الدم. قد يحدث تآكل معدي في حالة التعرض لمرض مكرب، مثال: جراحة كبرى، التهاب بنكرياس حاد، حروق (قرحة كيرلنغ)، أذيات بالرأس (قرحة كوشينغ). ومن الشائع أن يحصل نزف كبير في الكارسينوما. فقر الدم من الموجودات الشائعة. وقد يكون هنالك إقياء بشكل طحل القهوة. يسبب الورم العضلي الأملس إقياءً دموياً معتدلاً. لا توجد قصة سابقة غالباً، وعادة لا تكون هنالك قصة سابقة لتشوهات الأوعية أيضاً. توسع الشعيرات النزفي الوراثي نادر الحدوث، فقد يأتي المريض بقصة عن الحالة، أو قد تكون القصة واضحة من خلال وجود التوسعات الشعرية حول الشفاه وفي جوف الفم.

■ **العفج:**

في الآفات العفجية فإن التغوط الزفتي هو العرض الأكثر شيوعاً من القيء الدموي. قد تكون هنالك قصة قرحة عفجية مزمنة، على الرغم من ذلك فإن الموجودات كثيراً ما تكون حادّة مع قصة مرضية سابقة طفيفة. النزف الناجم عن أورام بنكرياسية غازية نادر، سيتظاهر لدى المريض دعث، وسن، نقص في الوزن وإقياء. التدمي الصفراوي نادر. الناسور الأبهري العفجي نادر وغالباً ما يتلو إصلاح لأم دم أصيب فيه الطعم بخمج لاحق، وفي هذه الحالة يكون هنالك إقياء دموي غزير ودعث.

■ **الأمعاء الدقيقة:**

الأورام العضلية الملساء نادرة لكنها قد تنزف، مسببة تغوطاً زفتياً، غالباً ما يسبب النزف من رتج ميكل إن حصل بسرعة كافية، نزفاً أحمر غامقاً أكثر من كونه غائطاً زفتياً وصفياً.

■ **الأسباب الأخرى للبراز الغامق:**

خذ قصة كاملة عن الوجبات والأدوية المتناولة.

الفحص EXAMINATION:

قد تكون هنالك صدمة وهذا يعتمد على شدة النزف، في هذه الحالة يكون المريض بارداً، رطباً مع تقبض وعائي محيطي، وسيكون لديه تسرع قلب وانخفاض ضغط.

■ **الدم المبتلع:**

تحرَّ وجود الدم حول الأنف. افحص الصدر لتحري وجود سبب ممكن للنفث الدموي.

■ **المري:**

ما لم يكن السبب هو الدوالي المريئية فهنالك القليل الذي يمكن أن نجنيه من الفحص وهو مجرد العلامات السريرية لفقر الدم ونقص الوزن. في حالة الدوالي، فقد يكون هنالك يرقان، تمدد بطني ناجم عن الحبن، وحمات عنكبوتية (عنكبوت وعائي)، راحة كبدية، تبقرط (تعجّر) أصابع، تثدي، ضمور خصوي، رأس ميدوسا، ضخامة طحالية أو ضخامة كبدية.

■ **المعدة:**

هنالك القليل الذي يمكن أن نجنيه في الفحص، قد تكون هنالك كتلة شرسوفية في الكارسينوما، أو عقدة مجسوسة فوق الترقوة اليسرى (عقد Virchow). قد يكون هنالك مضض شرسوفي، قد يتواجد توسع وعائي على الشفتين والغشاء المخاطي للفم في توسع الشعريات النزفي الوراثي.

■ **العفج:**

مجدداً. فهنالك القليل الذي يمكن أن نجنيه من الفحص عدا المضض الشرسوفي. قد تكون هنالك كتلة مجسوسة في منطقة البنكرياس، في حالات نادرة من النزف العفجي الناجم عن كارسينوما بنكرياسية غازية.

■ **الأمعاء الدقيقة:**

عادة هنالك القليل مما نجنيه من الفحص، قد تكون الأورام العضلية الملساء مجسوسة.

■ **الاضطرابات النزفية:**

قد تكون هنالك مواضع للتكدم أو النزف من فوهات أخرى.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل:**

ينخفض الهيموغلوبين في فقر الدم الناجم عن النزف المزمن، مثال: من كارسينوما.

ترتفع سرعة التثفل في أمراض النسيج الضام.

- **البولة والكهارل U & Es:**

يرتفع كل من البولة والكرياتينين في اليوريمية. قد ترتفع البولة نتيجة امتصاص الدم من الأمعاء.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

القصور الكبدي، دوالي المري، تدمي الصفراء.

- **مسح التخثر:**

أمراض الكبد، وجود تأهب للنزف، استخدام مضادات التخثر.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التنظير المريئي المعدي العفجي:**

سيثبت وجود معظم الآفات، مثال: دوالي، التهاب مري، قرحة هضمية، تآكلات معدية، التمزق في متلازمة مالوري – ويس، الكارسينوما والأسباب النادرة للنزف. قد تؤخذ خزعة إذا لزم الأمر.

- **التصوير الوعائي:**

التشوهات الوعائية، وقد تشخص الأسباب النادرة المتعلقة بالقسم القاصي من العفج، مثال: الناسور الأبهري العفجي.

- **التصوير بالتكنيسيوم Technetium Scan:**

لكشف رتج ميكل الحاوي على مخاطية معدية.

- **التصوير بالكريات الحمر الموسومة:**

يفيد في الأسباب النادرة للنزف في الأمعاء الدقيقة.

- **رحضة الأمعاء الدقيقة:**

الورم العضلي الأملس، رتج ميكل.

التقرحات الفموية MOUTH ULCERS

التقرح الفموي شائع. إنه لمن المهم أن تكون قادراً على التمييز بين التقرحات الحميدة البسيطة، مثل: الرضية أو القلاعية، عن تلك التقرحات الخبيثة. تم تناول آفات اللسان في الصفحة 492.

الأسباب CAUSES:

رضية.

قلاعية.

خمجية:

جرثومية: التهاب اللثة التقرحي الحاد.

الإفرنجي.

فيروسية: الحلأ البسيط.

فطرية: داء المبيضات.

تنشؤية:

كارسينوما شائكة الخلايا.

حثل الدم:

فقد المحببات.

ابيضاض الدم.

بشكل مرافق لأمراض الجلد:

الحزاز المسطّح.

الفقاع.

الفقاع الفقاعانى.

الحمامى الفقاعية عديدة الأشكال.

أمراض النسيج الضام:

الذئبة الحمامية الجهازية.

أخرى:

متلازمة بهجت.

داء رايتر.

القصة HISTORY:

■ **الرضية:**

التشخيص عادة واضح، بدلة سنية غير مناسبة، أسنان حادة. تشفى القرحات عندما يزال السبب المحرض.

■ **القلاعية:**

يأتي المريض بتقرحات صغيرة ومؤلمة، غالباً على الوجه الداخلي للخدين أو الشفتين. تشفى التقرحات في غضون أسبوع، لكن ممكن لأخرى أن تتشكل بينما تكون التقرحات الأولية تتماثل للشفاء. عدد من المرضى يكون لديه قصة مرض هضمي، مثال: الداء الزلاقي أو داء كرون. وقد تظهر – أي التقرحات القلاعية – في مرضى مصابين بأمراض موهنة.

■ **الخمجية:**

يتظاهر خنّاق فنسنت (التهاب فم تقرحي حاد) بلثة متورمة مع تقرحات صغيرة عليها، والتي يمكن أن تمتد إلى المخاطية الشدقية. سيعاني المريض من نزوف لثوية مترافقة مع حس انزعاج عام مع حمى ودعث. نادراً ما يشاهد الإفرنجي الآن لكن قد تحصل قرحات الإفرنجي البدئية وتقرحات شبيهة بأثر الحلزون، والصمغات الإفرنجية في الفم. المبيضات ليست قليلة الشيوع في جوف الفم. قد تكون هنالك قصة مرض موهن أو سكري أو معالجة مثبطة للمناعة. يتظاهر الحلأ البسيط بحويصلات مؤلمة، والتي تتقرح. قد يكون المريض ذا مناعة متدنية. يحدث الحلأ النطاقي في الحنك على مسير توزع الفرع الفكي للعصب مثلث التوائم في هذه الحالة يكون هنالك ألم شديد وتقرح.

■ **التنشؤية:**

تحدث الكارسينوما شائكة الخلايا كتقرحات ذات حواف قاسية ونازفة. عادة ما تحدث عند المرضى الأكبر سناً. قد تكون هنالك قصة طلاوة أو ست حدثيات تبدأ كل منها بحرف Six (Ss) s. وهي: الإفرنجي Syphilis، تدخين Smoking، أسنان حادة Sharp Tooth، مشروبات كحولية Spirits، توابل Spices، إنتان Sepsis.

■ **حثل الدم:**

قد يكون انعدام المحببات ناجماً عن تناول أدوية أو عن ارتشاح النقي. خذ قصة وافية عن تناول الأدوية. قد يكون التقرح ناجماً عن خمج جرثومي تالي لانخفاض تعداد البيض. قد يتظاهر الابيضاض أيضاً بتقرحات فموية.

■ **بشكل مرافق لأمراض الجلد:**

وهذه تتضمن الحزاز المسطح، الفقاع والفقاع الفقاعاني، الحمامى الفقاعية متعددة الأشكال وهنا يُحال القارئ إلى أحد مراجع الأمراض الجلدية لمعرفة خصائص الحالات السابقة.

■ **أمراض النسيج الضام:**

قد يترافق التقرح الفموي بالذئبة الحمامية الجهازية. قد يتظاهر لدى المريض ملامح أخرى لهذا المرض، مثل: آفات جلدية، آلام مفصلية، قصور كلوي.

■ **أخرى:**

على الرغم من أن المريض في داء بهجت يأتي بتقرحات فموية فإنه قد يعاني أيضاً من التهاب مفاصل، وأمراض عينية، قرحة على الصفن أو على الأشفار. في داء رايتر فإن المريض سيعاني أيضاً من التهاب إحليل، التهاب ملتحمة، والتهاب مفاصل. وغالباً ما يكون هنالك قصة اتصال جنسي.

الفحص EXAMINATION:

■ **الرضي:**

سيكون هنالك تقرح ناجم عن بدلة سنية غير مناسبة أو أسنان حادة. تتماثل للشفاء عندما يزال السبب المحرض.

■ **القلاعي:**

عبارة عن تقرحات صغيرة بيضاء دائرية عميقة ومؤلمة مع حمامى محيطة بها. قد تكون هنالك علامات وأعراض أمراض هضمية، أو أمراض موهنة أخرى، أو قد تحصل على أية حال في مرضى سليمين من نواحي أخرى.

■ **الخمجي:**

يتظاهر خنّاق فنسنت بلثة نازفة ومتورمة ومحمرة مغطاة بتقرحات مصفرة. وقد ترى التقرحات أيضاً على المخاطية الشدقية وبشكل نادر على اللوزات. وعادة يوجد اعتلال عقد لمفية ممض. في الإفرنجي قد يكون هنالك إما قرح الإفرنجي البدئي أو تقرح بشكل أثر الحلزون Snail - Track أو صمغات إفرنجية. يتظاهر الحلأ البسيط بحويصلات بقطر 2 ملم والتي تتقرح ثم تتصل ببعضها وتترك تآكلات محاطة بحمامى. يُظهر الحلأ النطاقي تقرحات صغيرة محاطة بحمامى على مسير توزع العصب الفكي على الحنك، ودائماً تكون الآفات الجلدية على مسير توزع العصب. داء المبيضات يتظاهر كبقع حمراء على مخاطية الشدق والتي تكون مغطاة ببقع بيضاء من ظهارة متوسفة ممزوجة بالفطر.

■ **التنشؤية:**

سيكون هنالك تقرح ذو حواف صلبة مقلوبة تنزف عند ملامستها، وقد يظهر اعتلال عقد لمفية رقبية.

■ **حثل الدم:**

يتظاهر بنزف لثوي وتقرحات.

■ **بشكل مرافق لأمراض الجلد:**

يوجه القارئ إلى مرجع عن أمراض الجلد لمعرفة خصائص هذه الأمراض.

■ **اضطرابات النسيج الضام:**

قد يحدث التقرح الفموي في الذئبة الحمامية الجهازية، قد تكون هنالك ملامح أخرى عند الفحص مثل: أمراض جلدية، أمراض مفصلية، أو أمراض كلوية.

■ **أخرى:**

يتظاهر داء بهجت بتقرحات مؤلمة، وقد تكون الملامح الأخرى للمرض واضحة عند الفحص، مثل: التهاب المفاصل، التهاب القرنية، التهاب القزحية، تقرحات على الصفن أو الأشفار. في متلازمة رايتر يكون هنالك التهاب إحليل، التهاب ملتحمة، التهاب حشفة وذلك جنباً إلى جنب مع التقرحات الفموية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل FBC، ESR:**

ينخفض الهيموغلوبين في الخباثات والأمراض الموهنة. يرتفع تعداد البيض في الأخماج وابيضاض الدم. ترتفع سرعة التثفل في الخباثات وأمراض النسيج الضام. والأخماج المزمنة، مثل: الإفرنجي.

- **البولة والكهارل U & Es:**

أمراض الكلية، الذئبة الحمامية الجهازية.

- **مسحة Swab:**

زرع وتحسس في الأخماج، البورلية الفنسنتية (خنّاق فنسنت)، داء المبيضات.

- **مسح الأضداد Antibody Screen:**

في الذئبة الحمامية الجهازية تكون الأضداد الموجهة للنوى إيجابية - ANA -. قد ترتفع أضداد الـ DNA ثنائي الطاق.

- **اختبار تحري الإفرنجي VDRL:**

لكشف وجود الإفرنجي.

- **الأضداد الفيروسية Viral Antibodies:**

الحلأ البسيط، الحلأ النطاقي.

- **الخزعة:**

كارسينوما شائكة الخلايا.

الضمور العضلي MUSCLE WASTING

قد يحصل الضمور العضلي كمظهر من مظاهر الدنف، وبالتحديد في آفات العصبون المحرك السفلي. وقد تتطور درجة من الضمور العضلي في آفات العصبون المحرك العلوي كنتيجة للضمور بسبب عدم الاستخدام Disuse Atrophy.

الأسباب CAUSES :

الموضعية:

آفات الأعصاب المحيطية:

ـ انضغاط الأعصاب المحيطية.

ـ قطع الأعصاب المحيطية.

ـ اعتلال الأعصاب المحركة.

آفات خلايا القرن الأمامي:

ـ التهاب سنجابية النخاع سابق.

ضمور بسبب عدم الاستخدام.

المعممة:

عوز غذائي:

أمراض جهازية:

ـ خباثات.

ـ دنف قلبي.

ـ انسمام درقي.

ـ داء كوشينغ.

اضطرابات اللوحة المحركة الانتهائية والاضطرابات العضلية:

ـ أمراض العصبون المحرك.

ـ الوهن العضلي الوخيم.

ـ الحثول العضلية.

ـ الحثل العضلي التأتري.

ـ الالتهاب العضلي المتعدد.

الأدوية والسموم:

ـ الكحول.

ـ الستاتينات.

ـ الستيروئيدات.

القصة HISTORY:

■ البدء:

يُعزى الضمور العضلي في الطفولة عادة إلى أمراض خلقية، مثل: الحثول العضلية الوراثية (مثل: الحثل العضلي لدوشين). يجب أن تؤخذ القصة العائلية لتحديد فيما إذا كان أحد الأقارب من الدرجة الأولى يعاني من مشاكل مماثلة. في الحثل العضلي التأتري فإن الأعراض الأولى تحدث حول الأعمار من 15-30 سنة. بينما في أمراض العصبون المحرك فإن الذروة العمرية للبدء هي في الخمسينيات.

■ الموقع:

إن توزع الضمور العضلي قد يميز المرض. قد يقتصر سبب الضمور العضلي على التعصيب الحركي لعصب مفرد مثل: إلية اليد، وذلك في سياق تأثر العصب الناصف بمتلازمة نفق الرسغ. وقد يقع الضمور العضلي في مجموعة عضلية، مثل الساق في التهاب سنجابية النخاع. وأخيراً فإن التوزع قد يكون معمماً في حالات مثل أمراض العصبون المحرك.

■ العوامل المحرضة:

قد تتسبب العوامل المحرضة مثل الرض في قطع عصب محيطي، مثل العصب الزندي وهو، يحدث بشكل شائع عند المعصم.

■ قصة علاج سابق:

إن وجود كارسينوما أو مرض قلبي تنفسي مزمن، قد يؤدي إلى حدوث الضمور العضلي المحيطي بسبب الدنف. إن الإصابة بخمج سابق بالتهاب سنجابية النخاع

هو أمر هام لأنه يحدث تنكّساً في خلايا القرن الأمامي يتلوه شلل وضمور عضلي في قلة من الأشخاص المصابين. قد يكون الضمور بسبب عدم الاستخدام موضعاً أو معمماً. إن الحالات التي تتسبب بتعذر الحركة مثل كسر عظم طويل، ستسبب ضموراً في العضلات المحيطة بسبب عدم الاستخدام. وهذا يرى بشكل شائع بعد إزالة قالب الجبس. وقد ينجم الضمور الموضع بسبب عدم الاستخدام أيضاً عن الآلام المفصلية، مثل: ضمور العضلة مربعة الرؤوس في الاعتلالات المؤلمة في الركبة. تعذر الحركة المطول يتسبب بضمور عضلي معمم. تترافق حالات مثل السكري وقصور الكلية باعتلال عصبي.

■ **الأعراض المرافقة:**

تترافق معظم الأسباب بوهن في العضلات المصابة. كل من الشفع والإطراق (هبوط الجفن) والقابلية للتعب هي مظاهر مرافقة تدل على الوهن العضلي الوخيم. قد يتظاهر داء العصبون المحرك بوهن مترقي وضمور في اليد أو الساق مترافق برتّة وحبسة. قد يترافق داء كوشينغ بزيادة في الوزن، نمو أشعار، عد، فزر بطنية، ضعف عضلي، ألم ظهري، واكتئاب.

الفحص EXAMINATION:

بالتأمل نستطيع تحديد مواضع الضمور العضلي. تحدث البدانة المركزية مع ضمور الأطراف في داء كوشينغ. يجب أن يقود الضمور العضلي المعمم والمتناظر إلى فحص دقيق للأعضاء الجهازية لتحري الخباثة وقصور الأعضاء. يترافق المضض العضلي بالتهاب العضلات العديدة. الملامح المميزة للحثل العضلي التأتري هي: صلع في الجبهة، إطراق، ضمور العضلات الوجهية والصدغية. قد يرى الساد في تأمل العينين. قد يكون الإطراق أيضاً من أحد تظاهرات الوهن العضلي الوخيم، وهذا الأخير يترافق بشفع، ضعف وجهي، وصوت أنفي ضعيف. يحدث الضمور العضلي مع تقلصات حزمية في داء العصبون المحرك: لا يوجد نقص حسي ملاحظ. وعلامات العصبون المحرك المختلط العلوي والسفلي قد تكون موجودة. تحديد المقوية والمنعكسات ونمط الضعف سيقرر ما إذا كانت الآفة في العصبون المحرك العلوي أو السفلي. يحدث الاسترخاء المتأخر للتقلص العضلي في الحثل العضلي التأتري، ويحدث ضعف في العضلات الدانية في داء كوشينغ. في الضمور العضلي الموضع، فإن فحص كل عضلة على حدة سيسمح لك

بتحديد ما إذا كانت الآفة ناشئة عن عصب مفرد أو عن جذر عصبي. يجب أن نفحص العضلات الضامرة حول المفصل لتحري الألم أو التشوه اللذين قد يقيدان الحركة. قد تجرى قياسات للأقطار العضلية لتحديد الضمور العضلي غير المتناظر في الأطراف.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام FBC:**

لكشف فقر الدم في اضطرابات التغذية والأمراض المزمنة.

- **سرعة التثفل ESR:**

ترتفع في الخباثات، وفي التهاب العضلات العديدة.

- **البولة والكهارل U & Es:**

ترتفع البولة والكرياتينين في القصور الكلوي.

- **سكر الدم:**

يرتفع في السكري.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

ينخفض الألبومين في سوء التغذية.

- **كرياتين فوسفوكيناز:**

يرتفع في الاعتلالات العضلية.

- **اختبارات وظائف الدرق TFTs:**

ينخفض الـ TSH ويرتفع التيروكسين T4 في الانسمام الدرقي.

- **تخطيط العضلات الكهربائية EMG:**

انقطاع تعصيب العضلة، الاعتلالات العضلية، الحثل العضلي التأتري، داء العصبون المحرك.

- **دراسات الناقلية العصبية:**

اعتلالات الجذور العصبية، اعتلال الأعصاب المحيطية، انضغاط العصب المحيطي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **اختبار تنسيلون:**

حقن الأدروفونيوم يعاكس أعراض الوهن العضلي الوخيم.

- **الخزعات العضلية:**

لتشخيص الحثول العضلية.

السيلان الأنفي NASAL DISCHARGE

السـيلانات الأنفيـة شـائعة. الأسـباب الأكـثر شـيوعاً هـي الزكـام والتـهاب الأنـف التحسسي. السيلان الأنفي المدمى المستمر هو عرض مهم ويتطلب استقصاءً مستعجلاً.

الأسباب CAUSES:

الخلقية:

رتق المنعر* Choanal Atresia.

مكتسب:

خمجي:
الزكام الشائع (كريب).
التهاب أنف مزمن.
التهاب جيوب.
التهاب الناميات (ضخامة ناميات).
أخماج فطرية (نادرة).
خمج مزمن:
ـ الإفرنجي.
أخماج فيروسية:
ـ الإيدز.

تحسسي:
التهاب الأنف التحسسي.

التهابي:
التهاب الأنف المحرك الوعائي الإيوزيني.
سيليلات أنفية (بوليبات).
التهاب الأنف المحرك الوعائي اللاإيوزيني.

تنشؤي:
كارسينوما:
ـ بلعومية أنفية.
ـ جيبية (في الجيوب).
لمفوما (حبيبوم خبيث).

الأمراض الحبيبومية:
حبيبوم واغنر.

---

* المنعران هما الفتحتان الخلفيتان للحفرتين الأنفيتين.

رضي: جسم أجنبي.
كسر الحفرة الأمامية.
غازات مخرشة، مثل: كلورين، دخان السجائر.
تنكسي: سيلان أنفي شيخي.

القصة HISTORY:

■ الخلقية:

رتق المنعر نادر. تحرّ وجود تشوهات خلقية أخرى. رتق المنعر ثنائي الجانب هو حالة مهددة للحياة عند الأطفال حديثي الولادة. يمكن أن لا يشخص الرتق وحيد الجانب حتى 5-10 سنوات. حيث يصبح واضحاً أن أحد المنخرين يكون مسدوداً وهنالك سيلان مخاطي سميك.

■ المكتسبة:

الخمجية:

عادة ما يكون لدى المريض زكام. ويكون هنالك سيلان أنفي شبه مخاطي والذي يتوقف مع انتهاء الزكام. في التهاب الأنف المزمن قد يكون هنالك سيلان قيحي مزمن. وهو سيلان شبه مخاطي كثيف عادة. قد تكون هنالك قصة خلل مناعي أو داء كيسي ليفي. في التهاب الجيوب قد يكون هنالك ألم أو عدم ارتياح فوق الجيوب الفكية، أو صداع مع ألم فوق الجيوب الجبهية. في ضخامة الناميات قد تكون هنالك شكوى تنفس فموي، وأخماج بلعومية متكررة، وشخير، وأخماج أذنية متكررة. الأخماج الأنفية بالفطور نادرة. وتحدث في المرضى مثبطي المناعة، المبيضات البيض والرشاشيات. هي أكثر المتعضيات شيوعاً. تتضمن الآفات الخمجية المزمنة الإفرنجي، يمكن للإفرنجي الثانوي أن يصيب الأنف وأن يسبب التهاب أنف نزلي، وغالباً ما تكون الآفات الإفرنجية الأخرى متواجدة. قد يترافق الإيدز بسيلان أنفي مائي، تقصّ نمط الحياة الجنسية للمريض، فقد تتواجد أعراض أخرى للإيدز.

التحسسية:

التهاب الأنف التحسسي: قد تكون هنالك قصة أكزيما في الطفولة، أو ربو تحسسي أو تحسس أنفي أو ملتحمي. قد يكون التهاب الأنف التحسسي فصلياً

(موسمياً) في حالة التحسس لغبار الطلع، أو يكون مستمراً طوال السنة في حالة التعرض لأوبار حيوانية (القطط) أو عث غبار المنزل. يشكو المريض من سيلان أنفي مائي، وهجمات من العطاس، وانسداد أنفي، وتخريش ملتحمة ودماع. ويكون هنالك قصة عائلية غالباً.

الالتهابية:

التهاب الأنف المحرك الوعائي: يتظاهر التهاب الأنف المحرك الوعائي الإيوزيني بسيلان أنفي مائي وعطاس. لا يتسبب بهذه الحالة التفاعل التحسسي من النمط I. تترافق الحالة بسليلات أنفية، وحساسية للأسبرين، وربو.

السليلات الأنفية: تحدث هذه في التهاب الأنف المحرك الوعائي الإيوزيني اللاتحسسي، سيأتي المريض في هذه الحالة بانسداد أنفي وسيلان.

التهاب الأنف المحرك الوعائي اللاإيوزيني: سيأتي المريض بسيلان أنفي مائي، وانسداد أنفي، وهجمات من العطاس. قد تترافق الحالة بـ: (1) تناول أدوية خافضة للضغط معينة خاصة حاصرات العقد، وموسعات الأوعية؛ (2) اضطرابات هرمونية؛ (3) قصور قلب احتقاني؛ (4) حالات قلق؛ (5) مخرشات مهنية، مثل: الأمونيا، الدخان.

التنشؤية:

الكارسينوما الأنفية البلعومية: الكارسينوما الأنفية البلعومية نادرة في أوروبا لكنها شائعة في جنوب الصين، يأتي المريض بانسداد أنفي وسيلان مدمى. قد يحصل التهاب الأذن الوسطى وحيد الجانب نتيجة انسداد قناة أوستاش. قد تحصل شلول عصبية ناجمة عن غزو قاعدة القحف. قد يعاني المريض فقط من تورم في الرقبة ناجم عن اعتلال العقد اللمفية. يحصل الانتشار اللمفاوي في مرحلة باكرة. في هذا المرض فإن الصمم وحيد الجانب، واعتلال العقد اللمفية الرقبية، وشلول الأعصاب القحفية هي عادة مشخِّصة.

كارسينوما الجيب الفكي: عادة ما تشخص بشكل متأخر. تتضمن الأعراض المبكرة سيلاناً أنفياً مدمّى، وانسداداً أنفياً وحيد الجانب. لاحقاً يحصل تورم الخد، مع تقرح الحنك. قد يحصل دماع ناجم عن غزو القناة الدمعية الأنفية، يسبب التآكل باتجاه الحجاج جحوظاً وشفعاً. وقد يكون هنالك ألم رجيع في الأذن.

الحبيبوم الخبيث: يتظاهر الحبيبوم الخبيث (يعتقد الآن على أنه لمفومي) بتقرح بطيء الترقي يبدأ في المنطقة الأنفية. يسبب الارتكاس الالتهابي المزمن سيلان أنفي.

الأمراض الحبيبومية:

يصيب حبيبوم واغنر الأنف، ويترافق بمرض في الكليتين، وفي الرئتين، وفي السبيل التنفسي. قد يأتي المريض بتظاهرات رئوية أو قصور كلوي مزمن.

الرضية:

الرض الأكثر شيوعاً والذي يسبب سيلاناً أنفياً هو الجسم الأجنبي. غالباً ما يكون المريض طفلاً بين 1-5 سنوات، أو بشكل نادر بالغاً لديه اضطراب نفسي. غالباً ما يكون الطفل بائساً مع سيلان أنفي دموي كريه الرائحة. عند البالغين، قد تحصل حصاة أنفية، وتحدث هذه في حالة انسداد وحيد الجانب مع سيلان. وغالباً ما تكون هنالك حصية كبيرة تسد الأنف، والتي قد تحوي جسماً أجنبياً في مركزها، وتغطيه طبقات من الكالسيوم والمغنيزيوم. قد يعاني المريض من سيلان أنفي صافٍ بعد كسر الحفرة الأمامية والذي يحدث بشكل ثابت بعد أذيات الرأس (نز سائل دماغي شوكي عبر الأنف) أو سيلان أنف مدمى. قد تسبب الغازات المخرشة، مثل: الكلورين والتي قد تكون مهنية أو مفرطة التواجد في أحواض السباحة. تخريش مخاطية الأنف مع سيلان.

التنكسية:

يحدث السيلان الأنفي الشيخي عند المسنين، وتعزى لقصور في التنظيم المحرك الوعائي.

الفحص EXAMINATION:

■ رتق المنعر:

أدخل مسباراً أو قثطرة إلى داخل التجويف الأنفي، في هذه الحالة لن يتقدم. يثبت التشخيص بالتنظير الأنفي الخلفي تحت التخدير العام.

■ الخمجية:

في الزكام تكون مخاطية الأنف متوذمة مع مخاط صافٍ في الأنف. في التهاب الأنف المزمن يكون هنالك سيلان أنفي قيحي أو مخاطي كثيف. في ضخامة الناميات فإن الفحص بالمرآة سيضع التشخيص والذي يُثبت بصورة جانبية للأنسجة الرخوة Lateral Soft-Tissue X-ray.

■ **التحسسية:**

يظهر في التهاب الأنف التحسسي مخاطية أنفية متوذمة مع مخاط صافٍ في الأنف.

■ **اللاالتهابية:**

إن مظهر التهاب الأنف المحرك الوعائي الإيوزيني مشابه لمظهر التهاب الأنف التحسسي ما عدا السليلات الأنفية التي يمكن مشاهدتها. غالباً ما تكون السليلات الأنفية وردية وملساء أو رمادية مصفرة ومعنّقة. يلاحظ تواجد مفرزات غزيرة أثناء الفحص في التهاب الأنف المحرك الوعائي اللاإيوزيني، مع احتقان القرين السفلي. عادة لا تكون العلامات شديدة بقدر ما توحي بها الأعراض.

■ **التنشؤية:**

يجب أن يتضمن الفحص تنظيراً للحيز خلف الأنف تحت التخدير العام إذا لزم. ويجب أن يجرى فحص كامل للأعصاب القحفية. قد يكون هنالك تورم في الخد مع تقرح في الحنك في كارسينوما الجيب الفكي. قد يحدث دماع نتيجة غزو القناة الدمعية الأنفية. تحرّ وجود الجحوظ والشفع الناجمين عن الغزو عبر الحجاج. افحص العنق لتحرِ العقد الرقبية. في الحبيبوم الخبيث يكون هنالك تقرح مترقٍ ببطء في الوجه يبدأ في المنطقة الأنفية.

■ **الأمراض الحبيبومية:**

في حبيبوم واغنر يحدث تقرح مخاطي نخري. لا يحدث تآكل عبر جلد الوجه أو الأنف أو انثقاب الحنك في حبيبوم واغنر؛ لكن إذا تمت رؤيته فيجب الاشتباه بوجود حبيبوم خبيث أو تنشؤ. قد يكون هنالك التهاب أذن وسطى مرافق، أو تقرح فموي، أو إصابة بالرغامى أو بالحنجرة. وقد تكون هنالك إصابة رئوية، أو عينية، أو كلوية.

■ **الرضية:**

غالباً ما يكشف الفحص بالمنظار الأنفي وجود الأجسام الأجنبية. في سيلان السائل الدماغي الشوكي عبر الأنف قد يكون من الصعب التمييز بين النزف والدم الممتزج مع السائل الدماغي الشوكي. ضع قطرة من السيلان المدمى على شاش أبيض نظيف. إذا كان هنالك سائل دماغي شوكي فإنه سينتشر مشكلاً حلقة مصفرة حول بقعة الدم

المركزية (علامة الهالة). تكون مخاطية الأنف محمرة ومتوذمة في حال التعرض للغازات المخرشة. وبالطبع سيكون هنالك تخريش للعين وارتكاس جلدي مرافق.

■ **التنكسية:**

غالباً لا تكون هنالك علامات فيزيائية في السيلان الأنفي الشيخي غير التقاطر الأنفي.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في الخباثات، وفي حبيبوم واغنر. يرتفع تعداد البيض في الأخماج، مثل: التهاب الناميات. ترتفع سرعة التثفل في الأخماج، والخباثات.

- **المسحة Swab:**

زرع وتحسس، جرثومي مقابل فطري.

- **صورة بسيطة للقحف Skull X-ray:**

تظهر إصابة العظم الغربالي في كسر الحفرة الأمامية، سيلان سائل دماغي شوكي عبر الأنف، تظهر كارسينوما غار الفك العلوي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **خزعة Biopsy:**

كارسينوما، حبيبوم واغنر، حبيبوم خبيث.

- **اختبار الامتزاز الأرجي الشعاعي RAST:**

يقيس الـ IgE النوعي للمؤرجات.

- **التصوير المقطعي المحوسب CT:**

يظهر الكارسينوما الأنفية البلعومية. تحديد امتداد المرض. كارسينوما غار الفك العلوي. تحديد امتداد المرض.

الكتل الرقبية NECK LUMPS

تشكل الكتل في العنق مشكلة شائعة في الممارسة الجراحية. إنه لمن الضروري أن تكون قادراً على تمييز الأسباب المختلفة، والتي قد تتنوع من تورم بسيط حميد إلى جزء من حالة خباثة معممة.

الأسباب CAUSES:

السطحية:

كيسة زهمية.
ورم شحمي.
كيسة جلدانية.
خراجة.

عقد لمفية:

العميقة:

المثلث الأمامي:

تتحرك أثناء البلع: الدرق.
كيسة درقية لسانية.
عقدة لمفية.

لا تتحرك مع البلع: غدد لعابية.
كيسة غلصمية.
ورم الجسم السباتي.
أم دم سباتية.

المثلث الخلفي: ورم العضلة القصية الخشائية.
ضلع رقبية.
أم دم الشريان تحت الترقوة.
جيب بلعومي.
ورم مائي كيسي.

القصة HISTORY:

■ الأعراض:

يجب أن يكون تشخيص التورمات السطحية في العنق واضحاً. غالباً ما تكون الكيسة الزهمية قد نمت ببطء وقد تكون مؤلمة ومحمرة إذا ما أصيبت بخمج. عادة ما ينمو الورم الشحمي ببطء. ستكون الخراجة واضحة من خلال الألم والمضض.

قد يكون هنالك اعتلال عقد لمفية مرافق لإصابة حديثة بمرض حموي، أو للآفات الموضعة في الرأس والعنق، أو خمج معمم، أو خباثة معممة. التورم أثناء المضغ يشير إلى منشأه من الغدد اللعابية. الدوام أو الغشيات تشير إلى ورم جسم السباتي. إن وجود كتلة في القسم السفلي للمثلث الخلفي، والذي يزداد حجمها بعد الطعام، وتصدر قرقرة عندما تمتلئ، يشير إلى جيب بلعومي. قد يعاني المريض من نوبات من السعال أو الاختناق عندما يستلقي لأن الجيب يفرغ محتواه ويحصل الاستنشاق. الأعراض العصبية والوعائية في الطرف العلوي قد تكون ناجمة عن ضلع رقبية. ورم العضلة القصية الخشائية نادر ويحدث عند حديثي الولادة. الورم المائي الكيسي نادر ويحدث في سن الطفولة.

■ القصة المرضية السابقة:

إن الإصابة بالإيدز، أو السل، أو الخباثة هي قصة وثيقة الصلة. قد تكون الولادة المقعدية أو باستخدام الملقط وثيقة الصلة بتطور ورم العضلة القصية الخشائية.

الفحص EXAMINATION:

حدد ما إذا كان التورم سطحياً أو عميقاً، حدد ما إذا كان من المحتمل أن يكون ناجماً عن اعتلال عقد لمفية. إذا كان التورم عميقاً، حدد ما إذا كان في المثلث الأمامي للعنق أو في المثلث الخلفي. إذا كان في المثلث الأمامي حدد ما إذا كان يتحرك على البلع (متعلق بالدرقية) أم لا.

■ الكيسة الزهمية:

عادة ما تكون واضحة، تتواجد في الجلد وتمتلك نقطة Punctum.

■ **الورم الشحمي:**

قد يحدث في أي مكان من العنق لكن عادة ما يحدث خلف الخط الناصف. تكون الأورام الشحمية طريّة ومفصصة وليست ثابتة على الجلد.

■ **الكيسة الجلدانية:**

قد تكون خلقية أو مكتسبة. الخلقية أكثر شيوعاً في الرأس والعنق وتحصل في أماكن التحام القطاعات الجلدية، وهي لا تختلف عن الكيسة الزهمية بالفحص لكنها دون نقطة. عادة ما يكون انغراس الكيسات الجلدانية المكتسبة متعلقاً بالندبات.

■ **الخراجة:**

سيكون التشخيص غالباً واضح. سيكون هنالك تورم ملتهب ومحمر وممض. قد يكون ذا صلة بالعقد اللمفية أو الغدد اللعابية.

■ **اعتلال العقد اللمفية:**

بالاعتماد على السبب فإن العقد اللمفية ستكون إما: متضخمة وممضة؛ أو غير ممضة وصلبة أو مطاطية؛ أو صغيرة وقاسية ومندمجة معاً. يجب أن يجرى تحرٍ للعقد اللمفية المتضخمة في الأماكن الأخرى في الجسم وللضخامة الكبدية الطحالية. يحدث اعتلال عقد لمفاوية معمم وضخامة طحالية في حثل الدم.

■ **الدرق:**

تتحرك التورمات الدرقية مع البلع. يُشير اعتلال العقد اللمفية المرافق إلى الخباثة. يجب أن يتم تحري حالة الدرق لدى المريض في الفحص السريري.

■ **الكيسة الدرقية اللسانية:**

وهي عبارة عن تورم غير مؤلم على الخط الناصف من العنق وهي تتحرك مع البلع. وهي تتحرك أيضاً مع بروز اللسان. وهي بشكل شائع مثبتة بجسم العظم اللامي. قد تصاب بخمج بشكل عرضي. عندها تترافق بألم ومضض ويزداد التورم.

■ **الغدد اللعابية:**

إن تورم الغدة اللعابية تحت الفك السفلي كثير التكرار بسبب انسداد قناتها. يلاحظ التورم أثناء المضغ. قد يتم جس حصاة في قناة الغدة تحت الفك في أرضية الفم.

قد يكون تورم الغدة النكفية ناجماً عن انسداد قناتها، على الرغم من أن حدوث الأورام أكثر شيوعاً في هذه الغدة. قد تترافق أورام الغدة النكفية الخبيثة بشلل العصب الوجهي.

- **الكيسة الغلصمية:**

تكون الكيسة الغلصمية طرية وعجينية القوام وتتاخم الحافة الأمامية للعضلة القترائية عند اتصال ثلثها العلوي بثلثها المتوسط.

- **ورم جسم السباتي:**

يكون الورم صلباً ويتوضع عند تشعب الشريان السباتي الأصلي.

- **أم الدم السباتية:**

وهي نادرة جداً. قد تحدث أم دم كاذبة عقب جراحة على العنق أو رض على العنق.

قد يلتبس الشريان السباتي المتعرج بأم دم سباتية.

- **ورم العضلة القصية الخشائية:**

يتظاهر فقط عند الرضع وينجم عن رض أثناء الولادة. يكون هنالك تورم في الثلث المتوسط من العضلة القصية الخشائية. سيصبح الرأس مداراً إلى الجانب المقابل ومائلاً باتجاه الكتف في نفس جهة الآفة.

- **الضلع الرقبية:**

عبارة عن تورم عظمي قاس يمكن جسه في المثلث الخلفي للعنق.

- **أم دم الشريان تحت الترقوة:**

تظهر بشكل واضح كتورم نابض ومتمدد في القسم السفلي للمثلث الخلفي. وعادة ما تترافق مع الضلع الرقبية.

- **الجيب البلعومي:**

يتواجد خلف الحافة السفلية للعضلة القصية الخشائية في المثلث الخلفي. قد يمتلئ بعد وجبة طعامية. وينفرغ بعد الاستلقاء. قد تظهر علامات ذات رئة استنشاقية.

■ **الورم المائي الكيسي:**

وهو عبارة عن مجموعة أوعية لمفية متوسعة والتي تتواجد في سن الطفولة. وهو طري ومفصص ومتموج وقابل للانضغاط ولامع بالشفوف.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل FBC ،ESR:**

ينخفض الهيموغلوبين في الخباثات. يرتفع تعداد البيض في الأخماج والابيضاض. ترتفع سرعة التثفل في الأخماج والخباثات.

- **صورة صدر بسيطة CXR:**

قد تظهر وجود سل أو ورم بدئي أو ثانوي. انحراف الرغامى قد يترافق مع تورمات الدرق. قد ترى ضلع رقبية. عد الأضلاع. إذا كان هنالك 13 ضلع فمن المحتمل أن يكون هنالك ضلع رقبية.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

قد يكون مساعداً في أية كتل في العنق. وسيساعد في التمييز بين التورمات الصلبة والكيسية، كما في الدرق.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

قد توجه القصة المفصلة والفحص إلى سببيات التورم. وقد تتطلب إجراء استقصاءات مؤكّدة في حالات نوعية.

- **اختبار بول – بونيل Paul – Bunnel Test:**

من أجل الحمى الغدّية.

- **مسح التوكسوبلاسما:**

داء التوكسوبلاسما.

- **اختبار مانتوكس Mantoux test:**

من أجل تحري السل.

- **المعايرات الفيروسية Viral Titers**

من أجل أي خمج فيروسي ممكن أن يسبب اعتلال عقد لمفية رقبية.

- **تحري فيروس الإيدز HIV Screen:**

الإيدز.

- **اختبارات وظائف الدرق TFTs:**

إذا كان الفحص السريري يثبت وجود تورم على أنه سلعة.

- **دراسة خلوية لرشافة بإبرة رفيعة FNAC:**

تفيد خصوصاً في تورمات العقد اللمفية والدرق والغدد اللعابية.

- **التصوير المقطعي المحوسب CT:**

يساعد في تشخيص أية كتلة تقريباً، لكن يفيد بشكل خاص في إثبات تشخيص أورام جسم السباتي.

- **التصوير بالدوبلر المضاعف Duplex Doppler:**

في حالات الاشتباه بأم دم الشريان السباتي أو أم دم الشريان تحت الترقوة.

- **صورة بسيطة لأرضية الفم Floor of Mouth x-ray:**

تحدد ما إن كانت هنالك حصيات في قناة الغدة تحت الفكية.

- **تصوير الغدد اللعابية Sialography:**

دراسة ظليلة للقناة اللعابية لتحديد سبب أو موقع محتمل للانسداد مثال: حصية أو تضيق.

- **اللقمة الباريتية Barium Swallows:**

لإثبات وجود الجيب البلعومي. لا تجرِ تنظيراً باطنياً إذا كان الجيب البلعومي متوقعاً، فقد يتسبب بانثقاب الجيب.

- **التنظير المريئي المعدي – العفجي OGD:**

لتحري وجود كارسينوما بدئية مريئية أو معدية تسبب اعتلال عقد لمفية رقبية.

- **التنظير القصبي:**

تحرّ وجود كارسينوما في الرئة مترافقة بنقائل إلى العقد الرقبية.

الألم الرقبي NECK PAIN

الألم الرقبي مشكلة شائعة. تعود أغلبية الأسباب لوضعية خاطئة أو التهاب الفقار المقسط الرقبي. إذا كانت هنالك قصة رض. فيجب أن يجرى فحص العنق بعناية فائقة ويجب أن تجرى مراقبة شعاعية صارمة.

الأسباب CAUSES:

الخلقية:

صَعَر (إجل).

متلازمة كليبل – فيل.

المكتسبة:

الرضية: كسور.

خلوع.

إصابة مصعية Whiplash Injury.

الالتهابية: رضية.

التهاب مفاصل رثوانى.

الخمجية: السل.

التنكسية: التهاب فقار مقسط رقبى.

آفة في القرص الرقبى.

التنشؤية: النقائل.

أخرى: الوضعة.

التعرض للبرد.

التهاب سحايا.

نزف تحت عنكبوتى.

القصة HISTORY:

- **الخلقية:**

قد يكون الإجل Torticollis ولادياً ويظهر منذ الولادة وهو ناجم عن "ورم" العضلة القصية الخشائية. هذه حالة نادرة وعادة ما تترافق مع الولادة المقعدية. متلازمة كليبل – فيل نادرة وتتصف بشذوذات تطورية للعمود الرقبي وبلوح كتف متوضع بشكل مرتفع.

■ **المكتسبة:**

الرضية:

هنالك قصة رض. هل توجد عقابيل عصبية، مثل: ألم أو ضعف بالذراع، أعراض مثانية؟. الأذيات المصعية شائعة، وهي تحدث في حوادث الطرقات عندما تصدم السيارة من الخلف. تنبسط العنق بتسارع مفاجئ ومن ثم تنعطف للأمام بتباطؤ مفاجئ.

الالتهابية:

يصيب التهاب المفاصل الرثياني العنق بشكل متكرر، وبشكل خاص المفاصل الفهقية المحورية، والتي قد تصاب بتحت الخلع، غالباً ما تكون هنالك قصة التهاب مفاصل رثواني في مكان آخر من الجسم. سيأتي المريض بألم في الرقبة وصعوبة في المشي وقد تحدث إصابة مثانية مترقية.

الخمجية:

إصابة النخاع الرقبي بالسل نادرة في المملكة المتحدة. ستكون هنالك قصة سل في مكان آخر من الجسم غالباً.

التنكسية:

التهاب الفقار المقسط الرقبي هي الحالة الأكثر شيوعاً التي تصيب العنق. سيأتي المريض بألم رقبي وصلابة نقرة مع انتشار للألم إلى القذال، والكتف، والذراعين. قد تكون هنالك شكوى ضعف في قبضة اليد وضمور في اليد. قد تسبب الأذية الحادة للقرص الرقبي ألماً رقبياً حاداً، مع ألم رجيع إلى الذراع مع ضعف فيها. قد يسبب تبارز القرص المركزي مشاكل مثانية أو حتى شللاً سفلياً.

التنشؤية:

الأورام البدئية في العمود الرقبي نادرة جداً. النقائل قد تأتي من الثدي، القصبات، الرئة، الموثة، أو من الكلية. قد يكون المريض قد أجرى جراحة على كارسينوما أحد هذه الأعضاء. وإن لم يكن قد أجرى جراحة فتحرَّ عن قصة قد تشير لوجود الآفة. سيأتي المريض بألم وانخماص إحدى الفقرات، وقد يأتي بأعراض عصبية.

أخرى:

الألم الرقبي الناجم عن الوضعة شائع ومرتبط بتغيرات وضعية العنق، عادة ما يشكو المريض من النوم بوضعية غير مريحة. غالباً ما يكون الألم ضمن العنق والكتفين.

وقد يشكو المريض من قصة تعرض للبرد، مثل الجلوس في تيار هوائي. قد يسبب التهاب السحايا صلابة نقرة مع ألم، كذلك النزف تحت العنكبوتي يسبب صلابة نقرة مع ألم. تشخيص هذه الأسباب غالباً ما يكون واضحاً من القصة. حيث ينتشر الصداع إلى الرقبة ويسبب صلابة نقرة.

الفحص EXAMINATION:

■ الخلقية:

في الإجل: يكون الرأس مائلاً نحو الجهة المصابة عادة ومداراً للجهة المقابلة. تتظاهر متلازمة كليبل – فيل بعنق قصيرة ولوح كتف متوضع بشكل مرتفع.

■ المكتسبة:

الرضية:

عالج المريض مثلما هو الأمر في أذيات العمود الفقري بتثبيت العنق. أجرِ فحصاً عصبياً شاملاً. يجب أن تجرى كل الفحوصات الشعاعية بمتابعة صارمة من قبل جراح مختص بالجراحة العظمية. في الأذيات المصعية غالباً ما تكون هنالك أذية في الأربطة والنسج الرخوة فقط. قد يكون هنالك مضض موضع. تحرّ وجود ألم وتشوش حس في الذراعين واليدين.

الالتهابية:

سيكون التهاب المفاصل الرثواني واضحاً للعيان في مكان آخر من الجسم، مثل: تشوهات اليد، انحراف زندي لليد. أجرِ فحصاً عصبياً شاملاً.

الخمجية:

في السل سيكون المريض بحالة سيئة مع تشنج في عضلات العنق. قد يكون هنالك دليل على وجود خراجة جانب فقرية. أجرِ فحصاً عصبياً شاملاً.

التنكسية:

سيكون هنالك تحدد في حركات العنق، أجرِ فحصاً عصبياً شاملاً، عادة ما يكون هنالك ضعف في قبضة اليد، وضمور عضلي، وضعف بالمنعكسات. تتسبب الأذيات القرصية الحادة بألم وتشنج بعضلات العنق. قد يكون هنالك ضعف في الذراع ومنعكسات ضعيفة. أجرِ فحصاً عصبياً شاملاً.

التنشؤية:

قم بفحص المواقع الممكنة لتواجد أورام بدئية، مثل: الثدي، القصبات، الموثة، الدرق، الكلية. أجرِ فحصاً عصبياً شاملاً.

أخرى:

في ألم العنق الناجم عن الوضعة أو التعرض للبرد غالباً ما يكون هنالك القليل لتجنيه من الفحص، قد يكون هنالك بعض المضض العضلي الموضع. غالباً ما يكون المريض في التهاب السحايا سقيماً، مع رهاب الضوء، وصداع، وصلابة نقرة مع إيجابية علامة كيرنغ Kernig's Sing. غالباً ما يشخص النزف تحت العنكبوتي من القصة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في فقر الدم الناجم عن مرض مزمن، مثل: التهاب المفاصل الرثواني. يرتفع تعداد البيض في الأخماج. ترتفع سرعة التثفل في التهاب المفاصل الرثواني، والسل، والخباثات.

- **العامل الرثواني Rheumatoid Factor:**

يفيد في التهاب المفاصل الرثواني.

- **صورة شعاعية بسيطة X-ray:**

الكسور (متابعة شعاعية)، التهاب فقار مقسط رقبي (تضيق المسافات المفصلية، مناقير عظمية). التهاب المفاصل الرثواني (تحت خلع المفصل الفهقي المحوري)، نقائل، تشوهات خلقية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التصوير المقطعي المحوسب CT:**

آفات القرص الفقري، السل، النزف تحت العنكبوتي.

- **التصوير بالرنين المغناطيسي MRI:**

آفات القرص الفقري، انضغاط الحبل النخاعي.

- **المسح العظمي Bone Scan:**

النقائل، التهاب المفاصل الحاد.

- **بزل قطني Lumbar Puncture:**

التهاب السحايا، النزف تحت العنكبوتي.

السيلان من حلمة الثدي NIPPLE DISCHARGE

هذه المشكلة ليست قليلة الشيوع. فهو محرج للمريضة خاصة أن السيلان قد يتسرب ويصبغ الملابس. السيلان المدمى من حلمة الثدي قد يكون ناجماً عن كارسينوما مستبطنة.

الأسباب CAUSES:

المصلي: في أول الحمل.
غداد ليفي Fibroadenosis.

الحليبي: في أواخر الحمل.
در حليبي (إرضاع).
ثر حليبي عند حديثي الولادة (حليب الساحرات).
البلوغ.
ورم برولاكتيني (ورم الفص الأمامي للنخامى).

الملون:

أصفر، بني، أخضر: غداد ليفي.
كثيف وكريمي: توسع الأقنية.

القيحي: خراجة ثدي (نادرة).
خراجة خلف اللعوة.
سل.

المدمى: كارسينوما داخل قنيوية.
حليموم داخل قنيوي.
داء باجيت في حلمة الثدي.

القصة HISTORY:

سيكون كل من الحمل والإرضاع واضحاً. قد يحدث السيلان من الحلمة عند الأطفال حديثي الولادة من كلا الجنسين. وهو ناجم عن مرور الهرمونات الأنثوية عبر المشيمة. قد يحدث سيلان مصلي أو حليبي عند البلوغ. ألم الثدي الدوري مع سيلان ملون، خصوصاً مخضر، يشير لوجود غداد ليفي. مريضة في العقد الخامس مع قصة ألم خلف اللعوة وسيلان كثيف كريمي قد يكون لديها توسع أقنية. يجب أن يؤخذ السيلان المدمى على محمل الجد ويجب أن تجرى حوله استقصاءات كاملة. قد تصف المريضة هذا السيلان بأنه دم أحمر صريح، أو دم متبدل، والذي قد يكون بنياً داكناً. إنه لمن الهام معرفة ما إذا كان آتياً -أي الدم- من قناة مفردة أو عدة أقنية. هل لدى المريضة كتلة مستبطنة؟ سيلان حليبي غزير مترافق مع انقطاع الطمث سيشير لإمكانية وجود ورم برولاكتيني في الفص الأمامي للغدة النخامية.

الفحص EXAMINATION:

هل السيلان واضح للعيان؟ قد يكون صابغاً للملابس، وقد يكون لونه واضحاً. هل يترافق مع ثدي مؤلم ومعقّد والذي يشير لوجود غداد ليفي؟. هل يمكن عصر السيلان بالضغط اليدوي؟ من الممكن أحياناً عصر الدم من قناة مفردة معينة، بواسطة الضغط اليدوي على مناطق نوعية من الثدي. هل توجد كتلة مميزة مستبطنة والتي تشير إلى وجود كارسينوما؟. هل يوجد مضض خلف اللعوة، وكتل، وحلمة منكمشة، والتي تشير إلى وجود توسع أقنية؟. هل توجد هنالك أية علامات لخمج أو خراجة؟. هل الحلمة متهتكة، كما في داء باجيت؟. في حال كان الورم البرولاكتيني متوقعاً، (ثر الحليب وانقطاع الطمث والعقم)، يجب فحص الساحتين البصريتين، لأنه إذا كان هنالك ورم غدي كبير في النخامى الأمامية فقد يضغط على التصالب البصري.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

يرتفع تعداد البيض في الأخماج. ترتفع سرعة التثفل في الأورام والسل.

- **مسحة Swab:**

زرع وتحسس في الأخماج، الخراجات، السل.

- **دراسة خلوية لرشافة بإبرة رفيعة FNAC:**

الكارسينوما.

- **اختبار الغميسة Dipstick Test:**

يكشف وجود الدم مقابل السوائل الأخرى.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تصوير الثدي Mammography:**

الكارسينوما، توسع الأقنية.

- **استئصال قنيوي مجهري Microdochectomy:**

في حال كان النزف موضعاً في قناة مفردة، فإن هذا الاستقصاء الجراحي مناسب. قد يكون هنالك حليموم داخل قنيوي، أو كارسينوما داخل قنيوية.

- **صورة مقطعية محوسبة للراس CT head:**

الورم البرولاكتيني في الغدة النخامية.

الوذمة OEDEMA

الوذمة عبارة عن تراكم للسوائل الفائضة في النسيج تحت الجلد. إذا كانت الوذمة ناجمة عن ركودة لمفية فإننا سنستخدم عبارة وذمة لمفية.

الأسباب CAUSES:

الوذمة المعممة:

ازدياد البلازما: قصور قلب احتقاني.

ضغط سكوني: أدوية موسعة للأوعية – نيفيدبين Nifedipine.

نقص البلازما: أمراض الكبد.

ضغط جرمي: أمراض الكلية، مثل: المتلازمة الكلائية.

سوء تغذية / سوء امتصاص.

ضعف النزح اللمفاوي*: قصور أقنية لمفية خلقي.

زيادة النفوذية الشعرية: الوذمة العرقية – تتظاهر بتأق.

الوذمة الموضعة:

ازدياد البلازما: انسداد وريدي.

ضغط سكوني.

ضعف النزح اللمفاوي*:

الخلقي: داء ميلروي.

وذمة لمفاوية باكرة.

وذمة لمفاوية آجلة.

المكتسب: ارتشاح خبيث.

خمجي، مثل: داء الفيَل.

إشعاعي.

أذية جراحية.

زيادة النفوذية الشعرية: خمج موضعي:

- رض ميكانيكي.
- حروق.
- عضة حيوان أو لدغات.

* تشير إلى أسباب الوذمة اللمفاوية.

القصة HISTORY:

■ الموقع والانتشار:

يجب الاستفسار عن موقع الوذمة، فالوذمة الموضعة والمحددة تنجم عن رض أو خمج. قد تكون الوذمة مقتصرة على الأطراف السفلية، على سبيل المثال، في انسداد الوريد الأجوف السفلي وفي الحمل، أو قد تصيب الوذمة طرفاً مفرداً كالساق في الخثار الوريدي العميق وحيد الجانب، أو الذراع بشكل تالٍ لتجريف العقد اللمفية الإبطية.

■ العوامل المسببة:

قد تكون العوامل المسببة كالرض والخمج واضحة من القصة، ويجب أن يتم استبعادها. قد تكون الوذمة العرقية ناجمة عن مؤرج معروف. قد تنجم الوذمة اللمفاوية كاختلاط لخمج بالمسودات الخيطية أثناء السفر إلى مناطق موبوءة كإفريقيا وآسيا وأوستراليا. وقد تكون الوذمة اللمفاوية خلقية، تحدث بعد الولادة بوقت قصير (داء ميلروي) أو عند البلوغ (وذمة لمفاوية باكرة) أو في العقد الثالث من العمر (وذمة لمفاوية آجلة).

■ قصة مرضية ودوائية سابقة:

قد تحدث إعاقة للنزح اللمفاوي كاختلاط للتشعيع أو الجراحة، خاصة في المنطقتين الإبطية والمغبنية. وقد ينجم الانسداد اللمفاوي عن إصابة مباشرة للعقد اللمفية بلمفوما، أو بشكل ثانوي عن ارتشاحات نقائلية نقائلية من الأورام. القصة المفصلة عن تناول الأدوية ستحدد الدواء المسبب.

■ الأعراض المرافقة:

إن لم يكن هنالك عامل مسبب واضح في القصة، عندها يجب إجراء استفسارات نوعية عن كل جهاز على حدة. على وجه الخصوص يجب أن يتم البحث عن الأعراض التي تدل على وجود خباثات. بالإضافة لذلك، فإنه لمن الهام استبعاد الحالات التالية:

قصور القلب:

الوسن، والزلة التنفسية، والزلة الاضطجاعية، والزلة الليلية الاشتدادية، والسعال، والوذمة الكاحلية، والتمدد البطني بسبب الحبن، قد تكون بعض الأعراض المشاهدة عند المريض المصاب بقصور قلبي.

الأمراض الكبدية:

يجب البحث عن أعراض كاليرقان، الحكة، الوذمة الكاحلية، التمدد البطني، الإقياء الدموي، والتخليط (اعتلال دماغي)، وذلك لتحديد ما إذا كان هنالك مرض كبدي.

الأمراض الكلوية – المتلازمة الكلائية:

الوذمة المعممة الشديدة هي التظاهرة السائدة في المتلازمة الكلائية. وقد يأتي المريض أيضاً ببيلة رغوية ناجمة عن البيلة البروتينية.

سوء الامتصاص:

كل من نقص الوزن، الإسهال، والإسهال الدهني، قد تكون بعض التظاهرات المرافقة لسوء الامتصاص.

الخثار الوريدي:

يشكل التورم في الطرف السفلي وحيد الجانب مع الألم الأعراض الرئيسة للخثار الوريدي العميق. أحياناً في خثار الوريد الحرقفي الفخذي، قد يبدو كامل الطرف السفلي أزرقاً (الالتهاب الوريدي الأزرق المؤلم) أو قد يبدو أبيضاً (الالتهاب الوريدي الأبيض المؤلم). الوذمة في كلا الطرفين السفليين مع توسع الأوردة السطحية الجانبية على الجذع والبطن، تشير إلى انسداد الوريد الأجوف السفلي.

الفحص EXAMINATION:

■ التأمل Inspection:

تحديد توزع الوذمة قد يضيق التشخيص التفريقي. عادة تتظاهر الأسباب المعممة بوذمة معتمدة على الجاذبية مع تراكم السوائل في الكاحلين عند المرضى الجوالين وفي العجز عند المرضى المضطجعين.

■ الجهاز القلبي الوعائي Cardiovascular System:

في القصور القلبي فإن جس النبض قد يظهر تسرع قلب مع نبض متناوب. قد يكون الضغط الدموي المقاس منخفضاً وذلك ناجم عن قصور انقباضي. يرتفع ضغط الوريد الوداجي JVP. وقد يتم سماع الصوت الثالث القلبي مع خراخر خشنة في الساحتين الرئويتين. وقد تتواجد ضخامة كبدية ناجمة عن الاحتقان، وحبن.

■ **الفحص البطني Abdominal Examination:**

قد يلاحظ أثناء التأمل هزال معمم ناجم عن سوء الامتصاص أو الخباثات. التبقرط، الحمامى الراحية، تقفع دوبيتران، اليرقان وحمة عنكبوتية، والتثدي، هي أعراض الأمراض الكبدية. الأوردة الجانبية المتوسعة على البطن قد تكون ناجمة عن فرط توتر الوريد الباب أو انسداد الوريد الأجوف السفلي، حدد اتجاه الجريان الدموي. يكون اتجاه الجريان الدموي تحت السرة سفلياً في حال ارتفاع التوتر البابي وعلوياً في حال انسداد الوريد الأجوف السفلي. قد تكون هنالك ضخامة في الأعضاء ناجمة عن كارسينوما وهي تؤهب لحدوث خثار وريدي. قد تسبب الخباثات في الحوض انسداداً وريدياً.

■ **الطرفان السفليان:**

يفحص الطرفان السفليان لتحري وجود مضض وتورم. وتجرى مقارنة أقطار الفخذين وأقطار الربلتين. قد يكون التورم الملحوظ، الحمامي، المؤلم، وحيد الجانب، مؤشراً للخثار الوريدي العميق.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **التحليل البولي Urinalysis:**

بيلة بروتينية مرتفعة، في المتلازمة الكلائية.

- **تعداد الدم العام FBC:**

يرتفع تعداد البيض في الأخماج والخثار الوريدي العميق DVT. ينخفض الهيموغلوبين في أسواء الامتصاص.

- **البولة والكهارل U & Es:**

ترتفع البولة والكرياتينين في القصور الكلوي.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

شاذة في الأمراض الكبدية.

- **البومين المصل Serum Albunin:**

ينخفض في المتلازمة الكلائية، والأمراض الكبدية، وسوء الامتصاص، سوء التغذية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **جمع بول أربع وعشرين ساعة 24 hour Urine Collection:**

تكون البروتينات أكثر من 3.5 غ في المتلازمة الكلائية.

- **خزعة كلوية Renal Biopsy:**

لتحديد سبب المتلازمة الكلائية عند البالغين.

- **التصوير القلبي بالصدى Echocardiograrphy:**

يكون هنالك توسع بطيني وتدهور وظيفي في القصور القلبي.

- **خزعة كبد Liver Biopsy:**

تشمع الكبد.

- **معايرة الدهون في البراز Faecal Fat Estimation:**

ترتفع الدهون في البراز في سوء الامتصاص.

- **إجراء تصوير دوبلر مضاعف للأوردة العميقة في الساق:**

لكشف الخثار الوريدي العميق فوق الركبة.

- **تصوير الأوردة Venography:**

لكشف الخثار الوريدي العميق تحت الركبة، انسداد الوريد الأجوف السفلي.

- **تصوير الأوعية اللمفية Lymphangiography:**

يفيد في الوذمة اللمفاوية.

شح البول OLIGURIA

شح البول هي طرح أقل من 400 مل من البول خلال 24 ساعة. الزرام (انقطاع البول) هو الفشل في إطراح أية كمية من البول.

الأسباب CAUSES:

عدم كفاية الدوران الكلوي:	
	صدمة، مثل: الحروق، والنزف.
	تجفاف، مثل: إقياء، وإسهال.
الأسباب الكلوية:	نخر نبيبي حاد.
	نخر قشري حاد.
	التهاب كبب وكلية حاد.
	التهاب كلوي خلالي حاد.
	السموم الكلوية.
	آفات وعائية.
ما بعد الكلوية (الانسداد):	حصيات.
	أورام حوضية.
	ضخامة موثة.
	تليف خلف صفاقي.
اخرى:	نقل دم غير متوافق (بيلة خضابية).
	الأذيات الهرسية (بيلة ميوغلوبين).
الزرام:	قثطرة مسدودة.
	أذية حالبية (ثنائية الجانب).
	حصية في كلية وظيفية مفردة.

القصة HISTORY:

- **عدم كفاية الدوران الكلوي:**

غالباً ما تكون هنالك قصة حديثة لحالة تسبب نقص تروية كلوية. والتي قد تتضمن النزف، الحروق، أو التجفاف، مثل: الناجم عن الإقياء، الإسهال، أو التهاب بنكرياس حاد.

■ **الأسباب الكلوية:**

في ظل غياب إنعاش كافٍ، فإن الصدمة ستسبب أذية للنبيبات، مؤدية لنخر نبيبي حاد. قد يتظاهر النخر القشري الحاد كنتيجة للنزف قبل الولادة، الإرجاج، أو لإجهاض من منشأ إنتاني. وقد يتلو أيضاً أذيات مشابهة لتلك التي يمكن أن تسبب نخراً نبيبياً حاداً. قد تقود الآفات الوعائية أيضاً لقصور كلوي حاد؛ وهي تتضمن خثار الوريد الكلوي، تضيق الشريان الكلوي، والخثار داخل الأوعية الذي يحدث في سياق متلازمة انحلالية يوريميائية. تتظاهر الأشكال الأخرى للقصور الكلوي الحاد غالباً بتورم الأجفان، حبن، ووذمة محيطية. لاحقاً قد يكون هنالك إقياء، تخليط ذهني، تكدّم، نزف هضمي، ونوبات وسبات. زيادة الحمل الحجمي قد يقود إلى وذمة رئوية. في التهاب الكلية الخلالي الحاد قد تكون هنالك قصة تناول دواء، مثل: المضادات الحيوية، مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية، أو المدرات، أو قد تكون هنالك قصة خمج. قد تسبب السموم الكلوية قصوراً كلوياً حاداً ومن ضمن الأدوية المسببة لذلك: الأمينوغليكوزيدات، الأمفوتريسين Amphotericin، والمواد الظليلة. إن المذيبات العضوية، خصوصاً رباعي كلور الكربون المستخدم في تنظيف السجاد، قد تكون السبب. الباراكوت (وهو محلول سام يستخدم كمبيد للأعشاب الضارة)، عضات الأفاعي، وفطر المشروم، أيضاً قد تسبب قصوراً كلوياً حاداً.

■ **ما بعد الكلوية:**

عادة ما يأتي المريض بزرام. وقد يحصل هذا إذا كانت هنالك أذية حالبية تالية للجراحة أو انحشار حصية في حالب الكلية الوظيفية المفردة. قد تكون لدى المريض قصة مرض حصوي أو قد تكون لديه شكوى حديثة لهجمة قولنج حالبي. قد تكون هنالك قصة ورم حوضي أو أعراض ضخامة موثة، مثل: صعوبة في بدء التبول وتيار بولي ضعيف. عادة ما يتطور التليف خلف الصفاق بشكل مخاتل.

■ **الأخرى:**

قد يتبع شح البول نقل دم غير موافق، والذي يؤدي إلى بيلة خضابية، أو قد يتبع أذية هرسية، والتي تؤدي إلى بيلة ميوغلوبين. غالباً ما تكون القصة واضحة.

■ **الزرام:**

قبل تشخيص الزرام، تأكد من أن المريض ليست لديه مثانة مجسوسة، إذا كان المريض أو المريضة غير موضوع على القثطرة البولية، وليس لديه احتباس بولي حاد، أو إذا كان المريض موضوعاً على القثطرة البولية فتأكد أن القثطرة غير مسدودة. كما أشير في الأعلى فإن الزرام أقرب لأن يكون عرضاً لأذية انسدادية. أكثر من كونه عرضاً لنقص تروية كلوية أو أذية داخل كلوية.

الفحص EXAMINATION:

■ **العام General:**

إذا كان لدى المريض قثطرة موضوعة، فتأكد من أنها غير مسدودة. إذا لم يكن لدى المريض قثطرة فجس أسفل البطن لتحري المثانة المتوسعة المرافقة للاحتباس الحاد. قم بجس البطن لاستبعاد تورمات ا لكليتين وأجرِ فحصاً للمستقيم لاستبعاد ضخامة الموثة.

■ **النوعي Specific:**

معظم أسباب شح البول عادة ما تمتلك بعض الميزات العامة في الفحص. قد يكون لدى المريض عسرة تنفسية ناجمة عن الوذمة الرئوية وقد تكون لديه إما وذمة عجزية (إذا كان مقعداً في السرير) أو وذمة كاحلية (في المرضى الجوالين). قد يكون هنالك تخليط ذهني، وسن، نوبات، أو سبات. قد يكون هنالك فرط توتر واضطرابات نظم. سيكون لدى المريض غثيان، وربما إقياء، فواق، وقد يكون هنالك دليل على نزف هضمي، وقد يحصل تكدم عفوي أحياناً.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

● **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في فقر الدم، والقصور الكلوي، والنزف. يرتفع تعداد البيض في الأخماج. ترتفع سرعة التثفل في بعض أسباب التهاب الكبب والكلية.

● **البولة والكهارل U & Es:**

ترتفع البولة والكرياتينين في الأسباب الكلوية وما بعد الكلوية. وهما قد يرتفعان في نقص التروية الكلوية إذا لم يعالج بشكل كافٍ.

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

اضطرابات النظم، في الحالات المترافقة باضطراب توازن الكهارل، مثل: فرط بوتاسيوم الدم.

- **صور صدر بسيطة CXR:**

الوذمة الرئوية، الضخامة القلبية.

- **غازات الدم الشرياني ABGs:**

الحماض الاستقلابي:

- **عينة منتصف الإفراغ البولي MSU:**

تتواجد كريات حمر، وأسطوانات، وبروتين في الأمراض داخل كلوية، إذا كان الخضاب إيجابياً لكن لا توجد كريات حمر فهذا يشير لبيلة ميوغلوبين أو بيلة هيموغلوبينية.

- **كهارل البول Urine Electrolytes:**

أنظر الجدول صفحة 402.

- **اسمولية البول Urine Osmolarity:**

أنظر الجدول صفحة 402.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

الآفات السادة.

- **تنظير المثانة وقثطرة الحالب مع التصوير الراجع للحويضة:**

يظهر سبب الانسداد، قد يخفف الانسداد.

- **تصوير الحويضة الأمامي Antegrade Pyelography:**

يظهر سبب الانسداد، ويخفف الانسداد.

- **المسح بحمض ثنائي مركابتوسوكسينيك DMSA Scan:**

يظهر الوظيفة الكلوية، الاحتشاء، غياب معالم الكلية.

مقارنة بين شح البول الفيزيولوجي والقصور الكلوي الحاد.

البول	شح البول الفيزيولوجي	القصور الكلوي الحاد
الوزن النوعي	1020 <	1010 >
الأسمولية (مل اسمول/ كغ)	500 <	350 >
الصوديوم (ملمول/ل)	15 >	40 <
كرياتينين البول/ كرياتينين المصل	40 <	20 >
* الإطراح القسمي للصوديوم	1 >	2 <
+ مشعر القصور الكلوي	1 >	2 <

$$\text{* الإطراح القسمي صوديوم} = \frac{\text{صوديوم البول} \times \text{كرياتينين البلازما}}{\text{صوديوم البلازما} \times \text{كرياتينين البول}} \times 100$$

$$^{+}\text{مشعر القصور الكلوي} = \frac{\text{صوديوم البول} \times \text{كرياتينين البلازما}}{\text{كرياتينين البول}}$$

PENILE LESIONS آفات القضيب

آفات القضيب شائعة. وهي تعيق الاتصال الجنسي. تتعلق أغلبية الحالات الجراحية للقضيب بمشكلات في القلفة والحشفة، والحاجة للختان، كارسينوما القضيب وداء بيروني Peyronie نادران.

الأسباب CAUSES:

القلفة والحشفة:

تضيق القلفة.

اختناق القلفة الخلفى (جُلاع).

التهاب الحشفة والقلفة.

التهاب الحشفة الجاف الماحى.

الحلأ التناسلى.

اللقمومات (ثآليل).

الرض (عضة).

التنسج الأحمر لكيرات.

كارسينوما.

القرح (إفرنجى).

جسم القضيب:

داء بيرونى.

القسوح (النعوظ المستمر).

الإحليل:

إحليل فوقانى.

إحليل تحتانى.

القصة HISTORY:

■ القلفة والحشفة:

تضيق القلفة Phimosis:

في معظم الحالات يكون خلقياً. تكون القلفة متضيقة منذ الولادة ويشكو المريض من أنها لا تنسحب فوق الحشفة. عند الأطفال. قد يسبب التضيق انتفاخ القلفة أثناء

التبول (نتيجة تجمع البول تحتها)، ويتسبب ذلك في التهاب الحشفة والقلفة. عند البالغين تكون الشكوى بأنه – أي التضيق – يعيق الاتصال الجنسي.

اختناق القلفة الخلفي (الجلاع) Paraphimosis:

وهو يحدث عند مريض لديه تضيق قلفة. تُسحب القلفة للخلف فوق الحشفة أثناء الغسل ومن ثم لا ترجع. وقد يحصل ذلك أثناء الاتصال الجنسي. في الممارسة المشفوية قد يحدث –الجلاع– أثناء قثطرة المريض حيث لا تعود القلفة إلى مكانها الصحيح بعد الانتهاء من الإجراء. ستشكل القلفة تضيقاً محكماً حول الحشفة، معيقة العود الوريدي ومسببة تورم الحشفة والقلفة. سيأتي المريض بألم شديد وتورم حشفة القضيب.

التهاب القلفة والحشفة Balanoposthitis:

وهو عبارة عن التهاب الحشفة والقلفة. سيأتي المريض بهجمات من التهاب القلفة والحشفة. قد يترافق مع إهمال النظافة الشخصية. لكن عند الأطفال فإنه عادة ما يترافق مع تضيق القلفة وتجمع البول تحت القلفة. عند السكريين فإنه عادة ما ينجم عن المبيضات.

التهاب الحشفة الجاف الماحي Balanitis Xerotica Obliterans:

سيأتي المريض بقلفة متسمكة متضيقة، وعدم القدرة على سحبها للخلف.

الحلأ التناسلي Herpes Genitalis::

سيأتي المريض بحويصلات مؤلمة على القلفة وحشفة القضيب. ستكون هنالك قصة اتصال جنسي غالباً.

اللقمومات (ثآليل) Condylomata (Warts):

قد يأتي المريض بثآليل على الحشفة والسطح المجاور من القلفة. وهي غالباً من منشأ زُهري.

الرض Trauma:

قد تكون هنالك قصة رض، غالباً ذو طبيعة غير اعتيادية. قد تكون عضات الحب Love bites هي السبب.

التنسج الأحمر لكيرات Erythroplasia of Queyrat:

سيأتي المريض وقد لاحظ بقعة غامقة، مخملية، حمراء، مسطحة على جلد الحشفة.

الكارسينوما Carcinoma:

وهي تتظاهر غالباً في الأعمار الكبيرة. وهي فعلياً غير معروفة لدى المختونين. يأتي معظم المرضى بكتلة أو تقرح والذي قد يكون مؤلماً. في المرضى غير المختونين والذين لا يستطيعون إرجاع القلفة فقد يكون هنالك سيلان قيحي مدمى من تحت القلفة.

قرح الإفرنجي Syphilitic Chancre:

يتظاهر القرح بتقرح قاسٍ غير مؤلم على القضيب.

- **جسم القضيب:**

داء بيروني Peyronie's disease:

قد يكون المريض قد لاحظ كتلة تحت الجلد على طول القضيب. وقد يشكو المريض من أنه عندما يحصل لديه نعوظ للقضيب فإنه يبدو منحنياً.

القسوح (النعوظ المستمر) Priapism:

سيأتي المريض بنعوظ مستمر مؤلم. وهذا لا يترافق مع رغبة جنسية. قد تكون هنالك قصة ابيضاض دم Leukaemia، داء الخلية المنجلية، خباثة حوضية منتشرة، أو قد يكون المريض موضوعاً على الديلزة الدموية. وقد ينجم القسوح عن فرط جرعة البروستاديل Alprostadil المتناول لأجل سوء وظيفة النعوظ Erectile dysfunction.

- **الإحليل:**

الإحليل الفوقاني Epispadias:

وهو نادر، غالباً ما يأتي المريض – طفل أو رضيع – بفتحة إحليلية على السطح الظهري لحشفة القضيب.

الإحليل التحتاني Hypospadias:

وهو أكثر شيوعاً من الإحليل الفوقاني، يأتي المريض بفتحة إحليلية على السطح البطني أو السفلي للقضيب. في كلا الحالتين – الإحليل الفوقاني والتحتاني – سيشكو المريض من مشكلة بالتبول.

الفحص EXAMINATION:

■ القلفة والحشفة Foreskin and Glans:

تضيق القلفة Phimosis:

تكون القلفة مشدودة ولها فوهة كثقب الإبرة. وسيكون من المستحيل إرجاع القلفة فوق حشفة القضيب. قد يكون هنالك التهاب قلفة وحشفة مرافق.

الاختناق الخلفي للقلفة (الجلاع) Paraphimosis:

غالباً ما يكون التشخيص واضحاً. تكون حشفة القضيب متورمة ومتوذمة ويكون هنالك ثلم في المنطقة الأقرب من إكليل الحشفة بشكل مباشر. حيث تكون هنالك حلقة جلدية ضاغطة بإحكام. ويكون المريض متألماً بشكل واضح.

التهاب القلفة والحشفة Balanoposthitis:

يكون هنالك التهاب في الحشفة (التهاب حشفة Balanitis) وعادة ما يترافق مع التهاب في القلفة (التهاب قلفة Posthitis). قد يكون هنالك سيلان من تحت القلفة. في حال داء المبيضات يكون هنالك بقع حمراء حاكّة على الحشفة. قد يكون هنالك مؤشر على إهمال النظافة الشخصية.

التهاب الحشفة الجاف الماحي Balanitis Xerotica Obliterans:

تكون القلفة متسمكة، مع نقص للمرونة والتليف. وغالباً يكون من المستحيل إرجاع القلفة فوق الحشفة.

الحلأ التناسلي Herpes Genitalis:

بشكل مبدئي ستكون هنالك حويصلات حاكّة لكنها تتطور إلى ائتكالات سطحية مؤلمة. قد يكون هنالك اعتلال عقد لمفية إربية مؤلم مشارك.

اللقمومات (الثآليل) Condylomata (Warts):

ستكون هنالك مجموعة ثآليل، غالباً حول الاتصال بين القلفة والحشفة وتمتد على الحشفة.

الرض Trauma:

سيعتمد المظهر على نمط الرض. فقد تظهر آثار الأسنان.

التنسج الأحمر لكيرات Erythroplasia of Queyrat:

تكون هنالك بقع حمراء غامقة، مسطحة، مخملية، جاسئة على حشفة القضيب. وهي حالة ما قبل خبيثة وتمثل كارسينوما في الموضع Carcinoma in Situ.

الكارسينوما Carcinoma:

غالباً ما تكون الآفة عند اتصال القلفة بالحشفة. ستكون هنالك كتلة أو تقرح. إذا كان هنالك تقرح فإنه سيكون ذو حواف مرتفعة مقلوبة وأرضية متنخرة. ويكون قاسياً بالجس. قد تصاب العقد اللمفية الإربية، إما بالنقائل أو بخمج ثانوي. في المرضى الذين تكون القلفة لديهم غير ممكن إرجاعها، فإنه من الضروري إجراء ختان لوضع التشخيص.

القرح الإفرنجي Syphilitic Chanre:

سيكون هنالك تقرح قاسٍ غير مؤلم ذو حواف منحدرة. ستكون العقد الإربية متضخمة، مطاطية، متفرقة وغير ممضة.

■ **جسم القضيب:**

داء بيروني Peyronie's Disease:

يكون هنالك لويحات من التليف في الجسم الكهفي، والتي يمكن الشعور بها ككتل صلبة على طول الجسم الكهفي. وغير المريض من تلقاء نفسه بأن القضيب سيصبح منحنياً أثناء الانتصاب.

القسوح Priapism:

سيكون التشخيص واضحاً، حيث سيكون هنالك انتصاب مؤلم.

■ **الإحليل:**

إن تشخيص الإحليل الفوقاني والتحتاني سيكون واضحاً. في الإحليل التحتاني فإن فتحة الإحليل قد تكون في أي مكان على امتداد خط الإحليل، من مسافة عدة مليمترات من ذروة القضيب وحتى العجان. في الإحليل الفوقاني والذي هو نادر، فإن الفوهة الإحليلية تكون على السطح الظهري لحشفة القضيب.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

يرتفع تعداد البيض في الأخماج، والابيضاض (مترافق بالقسوح). ترتفع سرعة التثفل في الخباثات.

- **مسحة Swab:**

زرع وتحسس، فحص تحت المجهر، في التهاب الحشفة الجرثومي – الفطري.

- **سكر الدم Blood Glucose:**

السكري – التهاب الحشفة بالمبيضات البيض.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **اختبار الخلية المنجلية Sickle Cell Test:**

داء الخلية المنجلية في القسوح.

- **اختبار VDRL:**

القرح الإفرنجي.

- **خزعة:**

التنسج الأحمر لكيرات، الكارسينوما، اللقمومات.

- **الختان:**

تشخيصي إذا كان هنالك تضيق قلفة محكم يمنع رجوع القلفة، وذلك لرؤية الحشفة من أجل تحري الكارسينوما.

البوال POLYURIA

يختلف حجم البول المطروح خلال اليوم عند كل شخص وهو يتأثر بكمية السوائل المتناولة، والمتطلبات الفيزيولوجية، والخسارات غير المحسوسة، ويعرّف البوال بشكل اعتباطي بإطراح بولي أكثر من 3 ليترات في 24 ساعة.

الأسباب CAUSES:

المدرات Diuretics:

العلاجية:
- فروسميد Frusemide.
- بندروفلوزيد Bendrofluazide.
- أميلوريد Amiloride.

الأسمولية:
- فرط سكر الدم.
- فرط كلس الدم.
- مانيتول.
- البولة.

البيلة التفهة Diabetes Insipidus:

القحفية:
- قصور إنتاج الـ ADH غامض المنشأ.
- وراثية (قاهرة أو متنحية).
- أذيات الرأس.
- جراحة عصبية.
- أورام دماغية.
- الأفيونات.

كلوية المنشأ:
- وراثية (مرتبطة بالصبغي X).
- أدوية.
  - ليثيوم Lithium.
  - ديميكلوسيكلين Demeclocycline.
- فرط كلس الدم المزمن.

قلة بوتاسيوم الدم.

التهاب كلوي نبيبي خلالي مزمن.

نخر نبيبي حاد شاف.

اعتلال بولي ساد شاف.

زيادة المتناول من السوائل Excessive Fluid Intake:

نفسي المنشأ.

العطش المحدث بالأدوية – مضادات الكولين.

أمراض الوطاء.

القصة HISTORY:

■ العامة:

عادة ما يترافق البوال بعطاش، وفي كل حالات خسارة الماء فإن العطش الشديد يكون غالباً تأثير جانبي Side – Effect. تكرار التبول يجب أن يفرق عن البوال، حيث أن الأول ينجم عن إفراغ متكرر لكميات صغيرة من البول. قد تكون البيلة التهفة وراثية فقد يكون أفراد آخرون من العائلة مصابين.

■ القصة الدوائية:

القصة المفصلة عن تناول الأدوية مهمة، حيث أن هنالك عدد كبير من الأدوية التي تتسبب بالبوال بآليات مختلفة. تستخدم المدرات العلاجية ضمن طيف من الاضطرابات، مثل: فرط الضغط، والقصور القلبي. تلجم الأفيونات إفراز الـ ADH وقد تؤدي لبيلة تفهة قحفية المنشأ، بينما أدوية مثل الليثيوم والديميكلوسيكلين قد تؤدي لبيلة تفهة كلوية المنشأ. إن التأثير الجانبي لمضادات الكولين هو جفاف الفم؛ لذلك قد يبتلع المرضى كميات كبيرة من الماء، مما يسبب بوالاً. الأدوية السامة للكلية: مثل: الأمينوغليكوزيدات Aminoglycosides، سيكلوسبورين Cyclosporin، مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية NSAIDs، ومثبطات الخميرة المحولة للأنجيوتنسين ACE inhibitors، هذه الأدوية قد تتسبب بنخر نبيبي حاد، والذي قد يؤدي لبوال شديد في طور الشفاء Recovery Phase.

■ **القصة المرضية السابقة:**

فرط سكر الدم يسبب إدراراً حلولياً، لذلك فإن البوال والعطاش تظاهرتان شائعتان في الداء السكري. الخباثة وفرط نشاط جارات الدرق هما سببان شائعان لفرط كلس الدم المزمن، والذي يمكن أن يسببا بوالاً بتأثير حلولي داخلي أو بالتسبب ببيلة تفهة كلوية المنشأ. يمكن أن تنجم البيلة التفهة قحفية المنشأ عن أذيات شديدة وكليلة في الرأس، أو عن أورام قحفية بلعومية، أو عن أورام بالغدة الصنوبرية، أو يمكن أن تنجم –البيلة التفهة– كاختلاط عابر تالٍ للعمل الجراحي بعد جراحة عصبية. الإقفار الكلوي الناجم عن حالات مثل: الإنتان والنزف يهيئ لحدوث نخر نبيبي حاد. التهاب الكلية النبيبي الخلالي المزمن يمكن أن ينجم عن اعتلال بولي جزري، أو عن داء الكلية عديدة الكيسات، أو عن النقرس، أو عن الورم النقوي المتعدد.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **اختبار الغميسة البولي Urine Dipstick:**

+++ سكر في الداء السكري.

- **جمع بول 24 ساعة 24 Hour Urine Collection:**

> 3 ليترات يثبت وجود البوال، ويساعد في تفريقه عن تكرار التبول.

- **البولة والكهارل U & Es:**

ترتفع مستويات كل من بولة وكرياتينين المصل في القصور الكلوي. يرتفع الصوديوم في البوال غير المعاوض (تناول غير كافٍ للماء). انخفاض الصوديوم مع انخفاض النسبة بولة/ كرياتينين يشير إلى العطاش كسبب أولي. قد يسبب انخفاض البوتاسيوم بيلة تفهة كلوية المنشأ.

- **كالسيوم المصل Serum Calcium:**

يسبب ارتفاع الكالسيوم إدراراً حلولياً والتهاب كلية نبيبي خلالي مزمن.

- **غلوكوز المصل Serum Glucose:**

يرتفع في المرضى السكريين، قد تكون الاختبارات بالأعلى هي كل ما يمكن أن يتطلبه التفريق بين الإدرار الحلولي. وتناول سوائل بكثرة، والبيلة التفهة. إن كان التفريق بين

العطاش الأولي والبيلة التفهة لا يمكن إجراءه بشكل مثبت فتابع بالاختبارين التاليين. ينصح القارئ بالعودة لمرجع يتضمن احتياطات وسلامة الإجراءات لتكون مراعاة في اختبار الحرمان من الماء واختبار DDAVP.

- **اختبار الحرمان من الماء Water Deprivation Test:**

لا تجرِ هذا الاختبار في المرضى مستنفدي الحجم Volume – Depleted Patients ولا في حال وجود فرط آزوت الدم.

تقاس اسمولية المصل بعد منع الماء طيلة ليلة:

انخفاض أسمولالية المصل: في العطاش الأولي.

ارتفاع أسمولالية المصل: أوقف الاختبار وقِس إسمولالية البول.

ارتفاع أسمولالية البول: لا توجد بيلة تفهة.

انخفاض أسمولالية البول: في ثلاث عينات متعاقبة: بيلة تفهة.

- **اختبار DDAVP:**

بعد ما سبق يعطى آرجنين فازوبريسين Arginine Vasopressin.

ارتفاع أسمولالية البول: بيلة تفهة قحفية المنشأ.

عدم ارتفاع أسمولالية البول: بيلة تفهة كلوية المنشأ.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تصوير بالرنين المغناطيسي والمقطعي المحوسب للراس CT/MRI head:**

الأورام، أمراض الوطاء.

- **خزعة كلوية Renal Biopsy:**

النخر النبيبي الحاد، التهاب الكلية النبيبي الخلالي المزمن.

التورمات المأبضية POPLITEAL SWELLINGS

التورمات المأبضية ليست قليلة الشيوع. معظمها سهل التشخيص بواسطة الفحص السريري بمفرده.

الأسباب CAUSES:

السطحية:

كيسة زهمية.

ورم شحمي.

دوالي الوريد الصافن القصير.

العميقة:

ورم شحمي.

اعتلال عقد لمفية.

جراب العضلة نصف الغشائية.

كيسة بيكر Baker's Cyst.

أم دم الشريان المأبضي.

العظمية:

أعران عظمية.

ساركوما عظمية.

القصة HISTORY:

- **السطحية:**

الكيسة الزهمية Sebaceous Cyst:

تتظاهر الكيسة الزهمية بتورم ثابت في الجلد، قد تصبح ممضة إذا التهبت وقد يكون هنالك نجيج منها.

الورم الشحمي Lipoma:

يتظاهر كتورم طري ومفصص في النسيج تحت الجلد.

دوالي الوريد الصافن القصير Varix of the Short Saphenous Vein:

وتتظاهر كتورم طري خلف الركبة، غالباً ما يترافق بدوالي الجملة الصافنية القصيرة Short Saphenous System.

■ **العميقة:**

الورم الشحمي Lipoma:

الأورام الشحمية الأكثر عمقاً من الصعب الإحساس بها بسبب اللفافة المغطية القاسية. وليست طرية ومفصصة دوماً، كما هي الأورام الشحمية السطحية.

اعتلال العقد اللمفية Lymphadenopathy:

قد تكون هنالك كتل عديدة مجسوسة ضمن الحفرة المأبضية. عادة يوجه المريض الانتباه إلى آفة قاصية، إما على الساق أو على القدم. وغالباً على الحافة الوحشية للقدم أو على الوجه الظهري للساق. قد تضخم مجموعات عقدية أخرى.

جراب العضلة نصف الغشائية Semimembranosus Bursa:

يأتي المريض بتورم خلف الركبة والذي يعيق حركة الركبة، وخصوصاً العطف.

كيسة بيكر Baker's Cyst:

وهي عبارة عن رتج دفعي في مفصل الركبة ناجم عن مرض مزمن في المفصل. غالباً سيأتي المريض بقصة مفصل ركبة مؤلم وقد يكون لديه التهاب عظمي مفصلي أو التهاب مفاصل رثواني. أحياناً تتمزق الكيسة ويشكو المريض من ألم مبرح في الربلة، والذي يجب أن يميز بحذر عن الخثار الوريدي.

أم دم الشريان المأبضي Popliteal Artry Aneurysm:

عادة ما تصبح كبيرة تماماً قبل أن تتم ملاحظتها. قد يشعر المريض بتورم نابض خلف الركبة لكن عادة يلاحظه عندما يصالب ساقيه حيث، يتحرك الطرف الأعلى المصالب مع كل نبضة.

■ **العظمية Bony:**

قد تنمو الأعران العظمية في منطقة الغضروف المشاشي لعظم الفخذ. يكون هنالك تورم عظمي محدد بشكل جيد في الحفرة المأبضية.

الساركوما العظمية Osteogenic Sarcoma:

قد تصيب إما النهاية السفلية لعظم الفخذ أو النهاية العلوية للظنبوب. يكون هنالك على الأرجح تورم منتشر حول مفصل الركبة. قد يكون الألم هو العرض الأولي. وقد يكون هنالك وهن معمم وفقد وزن. أحياناً تتصدر النقائل الرئوية المشهد، وقد يكون هنالك سعال ونفث دم.

الفحص EXAMINATION:

■ **السطحية:**

الكيسة الزهمية Sebaceous Cyst:

يكون هنالك تورم صغير واضح الحدود ضمن الجلد ذو نقطة. إذا أصيبت الكيسة بالخمج، فإن الجلد المحيط سيصبح أحمر وقد يكون هنالك نجيج.

الورم الشحمي Lipoma:

سيكون هنالك تورم طري، مفصص في الحفرة المأبضية.

دوالي الوريد الصافن القصير Varix of the Short Saphenous Vein:

وهي ليست قليلة الشيوع. سيكون هنالك توسع طري، قابل للانضغاط في نهاية الوريد الصافن القصير. قد توجد الدفعة السعالية التمددية (أي قد تدفع الدوالي الأصابع الجاسة نتيجة تمددها أثناء السعال). قد يجس هرير سائل عندما يضغط على الوريد الصافن القصير أسفل الساق.

■ **العميقة:**

الورم الشحمي Lipoma:

قد يكون الورم الشحمي العميق المتواجد ضمن شحم الحفرة المأبضية صعب التحديد بدقة. ولا يملك دوماً المظهر الطري المفصص كما هي الأورام الشحمية السطحية.

اعتلال العقد اللمفية Lymphadenopathy:

قد يكون هنالك عدد من العقد المجسوسة المتفرقة أو قد تكون ثابتة ومجتمعة مع بعضها البعض. تحرّ وجود آفة قاصية على الساق أو القدم، مثل: ميلانوما خبيثة. تحرّ وجود اعتلال عقد لمفية في مناطق أخرى.

جراب العضلة نصف الغشائية Semimembranosus Bursa:

يتوضع التورم فوق مستوى خط مفصل الركبة، تقريباً في الجانب الأنسي للحفرة المأبضية. أقرب لأن يكون قاسياً في القوام ويعطي شفوفية بالإنارة.

كيسة بيكر Baker's Cyst:

أكثر ما تحدث عند المرضى الكبار المصابين بالتهاب مفاصل طويل الأمد، أو يمكن أن تحدث عند المرضى الأصغر سناً المصابين بالتهاب مفاصل رثواني. تكون الكتلة تحت مستوى مفصل الركبة وعميقاً بالنسبة للعضلة التوأمية. قد تعطي شفوفية بالإنارة. الضغط فوق الكتلة قد يردها إلى مفصل الركبة. يكشف فحص مفصل الركبة تغيرات منسجمة مع التهاب المفصل، أي: تحدد حركات، فرقعة وأحياناً انصباب.

أم دم الشريان المأبضي Popliteal Artery Aneurysm:

وهي كتلة متوسعة نابضة يمكن جسها في الحفرة المأبضية. قد تكون ثنائية الجانب. تحرّ الدوران القاصي. قد تتخثر أم الدم المأبضية مؤدية لحدوث الإقفار القاصي، أو قد تقذف صمات صغيرة مسببة إقفاراً في أصابع القدمين أو تقرحات إقفارية في نهايات أصابع القدمين.

جس البطن: يكون هنالك ترافق بين أم دم الشريان المأبضي وأم دم الأبهر البطني.

■ **العظمية:**

العَرَن Exostoses:

عبارة عن كتلة عظمية قد يشعر بها في الحفرة المأبضية.

الساركوما العظمية Osteogenic Sarcoma:

قد يكون الجلد المغطي محمراً، مع توسع الأودة تحت الجلد. قد يكون هنالك مضض. غالباً ما يكون التورم أملساً إلى أن ينتشر ضمن الأنسجة المحيطة، عندها يصبح غير منتظماً. يتم الشعور به كتورم قاسٍ لكنه ليس عظمي القوام في العادة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في اعتلال العقد اللمفية، مثل: جزء من اعتلال العقد اللمفية المعمم المرافق لداء كثرة الشبكيات. يرتفع تعداد البيض في داء كثرة الشبكيات. ترتفع سرعة التثفل في داء كثرة الشبكيات، الساركوما العظمية في حالة وجود النقائل.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية US:**

الورم الشحمي، جراب العضلة نصف الغشائية، كيسة بيكر، أم دم الشريان المأبضي.

- **صورة بسيطة للركبة Knee X-ray:**

العَرَن، الالتهاب العظمي المفصلي (كيسة بيكر)، التهاب المفاصل الرثواني (كيسة بيكر). الساركوما العظمية: تخرب عظمي، نمو خارج القشرة، ارتفاع السمحاق مع معاوضة للعظم تحت السمحاق (مثلث كودمان)، شويكات عظمية متشععة (شويكات أشعة الشمس).

- **صورة صدر بسيطة CXR:**

لتحري الارتشاحات النقائلية من الساركوما العظمية. العقد اللمفية السرية في اعتلال العقد اللمفية المعمم.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تصوير دوبلر مضاعف Duplex Doppler:**

دوالي الوريد الصافن القصير، أم دم الشريان المأبضي.

- **تصوير مقطعي محوسب CT:**

يُظهر غزو الساركوما العظمية، النقائل الرئوية.

- **تصوير الشرايين Arteriography:**

أم دم الشريان المأبضي، الدوران القاصي.

الحكة PRURITUS

الحكة هي حكاك الجلد. هنالك عدد كبير للأسباب الجلدية للحكة والتي تكون غالباً مشاهدة بالتأمل. ما يلي هي أسباب الحكة المعممة دون وجود مرض جلدي.

الأسباب CAUSES:

يرقان انسدادي.

قصور كلوي مزمن.

أمراض دموية:

عوز الحديد.

كثرة الحمر.

خباثات حشوية:

كارسينوما قصبية.

داء هودجكن.

الأمراض الصماوية:

فرط نشاط الدرق.

قصور الدرق.

الداء السكري.

الأدوية:

مانعات الحمل الفموية (ركود صفراوي).

الأفيونات (مطلقة للهيستامين).

سحب الكحول والأدوية (المخدرات).

النفسية.

القصة HISTORY:

عند مقاربة مريض مصاب بحكة معممة، يتم الاستفسار عن الموقع ومدة الأعراض. أحياناً تكون هجمة الحكة مترافقة مع بدء المعالجة الدوائية، وهذا يسمح لك باستبعاد الدواء المتسبب. أيضاً يمكن أن تحصل – الحكة – كتأثير جانبي لسحب الكحول

أو سحب الأدوية. الحكة بعد حمام ساخن تحصل بشكل كلاسيكي في داء كثرة الحمر. قد يسبب عوز الحديد، حتى في حال غياب فقر الدم، حكة؛ لذلك فإن أعراض فقر الدم يجب تحريها بحرص في كل جهاز.

النفث الدموي والسعال المزمن ونقص الوزن لدى المدخنين قد يكون ناجماً عن كارسينوما قصبية مستبطنة. والتي هي من تحت المجموعات الهامة للخباثات الحشوية التي تتظاهر بالحكة. إن وجود اعتلال عقد لمفية موضع، وحمى، وتعرق ليلي، وفقد وزن يجب أن يقود للتفكير بداء هودجكن. المرضى المصابون بيرقان انسدادي (انظر صفحة 281) قد يأتون بحكة (نتيجة تراكم الأملاح الصفراوية)، حتى ولو كان اليرقان غير واضح سريرياً. في الانسداد التام قد يلاحظ المرضى برازاً شاحباً وبولاً غامقاً.

الوسن، القمه، البوال الليلي، شح البول، البوال، البيلة الدموية، البول الرغوي الناجم عن البيلة البروتينية، الهشاشة الجلدية، الوذمة، والآلام العظمية هي بعض المظاهر الجهازية المتعددة والتي تشير لمرض كلوي مزمن.

مما يثير الاهتمام أن الحكة نادراً ما تحدث في القصور الكلوي الحاد. قد تكون الحكة ناجمة عن مرض بالدرق، التقييم السريري لوضع الدرق هو من الجوانب الهامة للقصة المرضية. مظاهر فرط نشاط الدرق هي: رعاش، عدم تحمل الحرارة، خفقان، ازدياد الشهية مع نقص الوزن، قلق، إسهال. مظاهر القصور الدرقي هي: عدم تحمل البرد، تبلد ذهني، زيادة الوزن، إمساك، غزارة طمثية.

الفحص EXMAINATION:

■ التأمل Inspection:

العينان الواسعتان والمحدقتان مع تلكؤ جفني ورعاش قد تتواجد في الانسمام الدرقي. شحوب الملتحمة قد يكون واضحاً في فقر الدم الشديد، بينما في كثرة الحمر يحصل انتفاخ ملتحمة وتبيغ وجهي. ويجب فحص الصلبة لتحري وجود اليرقان. الجلد الشاحب مع سهولة تسحجه مع التعرق البولي (وجود مواد بولية في العرق خاصة حمض البول والبولة) ترى في القصور الكلوي المزمن. قد تترافق الأظافر بشكل الملقعة في عوز الحديد مع التهاب الشفة الزاوي. قد يكون التعجّر ناجماً عن الكارسينوما القصبية.

■ **الفحص العام General Examination:**

اعتلال العقد اللمفية الموضع غير المتناظر وغير الممض في غياب الخمج يشير إلى داء هودجكن. يجرى جس للغدة الدرقية لتحري الشذوذات، مثل الضخامة، والعقدية، وعدم التناظر. يجرى فحص تنفسي؛ تتضمن تظاهرات الكارسينوما القصبية وزيز شهيقي أحادي الطبقة الصوتية (انسداد جزئي داخل اللمعة القصبية)، انخماص فص رئوي، انصباب جنب، متلازمة هورنر في أورام قمة الرئة. قد يحصل مضض في جدار الصدر كنتيجة للارتشاح الورمي. قد تحدث ضخامة في داء هودجكن وكثرة الحمر الحقيقية Polycythaemia Rubra Vera.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **الغميسة البولية Urine Dipstick:**

البروتين والدم في الأمراض الكلوية.

- **تعداد الدم العام وفيلم الدم FBC and Blood Film:**

فقر دم صغير الخلايا ناقصة الصباغ في عوز الحديد. فقر دم سوي الخلايا سوي الصباغ في داء هودجكن. يرتفع الهيموغلوبين في كثرة الحمر.

- **البولة والكهارل U & Es:**

ترتفع البولة والكرياتينين في القصور الكلوي.

- **السكر Glucose:**

يرتفع السكر في الداء السكري.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

يرتفع البيلروبين وترتفع الفوسفاتاز القلوية في اليرقان الانسدادي.

- **اختبارات وظائف الدرق TFTs:**

ينخفض الـ TSH ويرتفع التيروكسين T4 في الانسمام الدرقي. يرتفع الـ TSH وينخفض التيروكسين T4 في قصور الدرق.

- **صورة صدر بسيطة CXR:**

الكارسينوما القصبية. اعتلال العقد اللمفية السرية في داء هودجكن.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **خزعة استئصالية من العقد اللمفية Excisional Biopsy of Lymph Node:**

داء هودجكن – خلايا ريد ستيرنبرغ Reed – Sternberg Cells.

- **صورة بطن بالأمواج فوق الصوتية US abdomen:**

أقنية صفراوية متوسعة في اليرقان الانسدادي، قد يكون موقع وسبب الانسداد واضحاً للعيان. قد ينقص حجم الكليتين في المرض الكلوي المزمن، وتكون هناك كيسات عديدة مرئية في الكلية عديدة الكيسات.

- **حديد المصل، فيريتين المصل، بروتوبورفرين:**

ينخفض حديد المصل وفيرتين المصل ويرتفع بروتوبورفرين الكريات الحمر في عوز الحديد.

الحكة الشرجية PRURITUS ANI

الحكة الشرجية هي حكاك حول قناة الشرج. وهو عرض شائع وتقريباً في نصف الحالات لا يوجد سبب.

الأسباب CAUSES:

النز الشرجي:

التمزقات الجلدية.

ناسور ضمن الشرج.

ثآليل.

بواسير.

كارسينوما.

سليلات.

تلوث غائطي:

عدم استمساك.

إهمال النظافة الشخصية.

إسهال.

أمراض جلدية:

داء المبيضات.

سعفة الأرفاغ* Tinea Cruris.

الحزاز المصلب.

التهاب الجلد التماسي.

جرب.

الصدفية.

أكزيما.

طفيليات:

الديدان الخيطية.

نفسية:

القلق.

---

* سعفة الأرفاغ: هي إصابة فطرية تصيب المنطقة المغبنية وما يجاورها.

القصة HISTORY:

■ النز الشرجي Anal Discharge:

أي سبب ضمن الشرج أو القسم السفلي للمستقيم والذي يسبب رطوبة وبلل لجلد الشرج فإنه قد يسبب حكة شرجية. قد يعطي المرضى معلومات بأن لديهم بواسير أو ثآليل حول شرجية. أو يكونوا قد لاحظوا نزاً شرجياً، والذي يلوث الملابس الداخلية.

■ التلوث الغائطي Faecal Soiling:

قد يعاني المريض من عدم استمساك، وهذا قد يترافق بإهمال النظافة الشخصية، قد يكون الإسهال المزمن مسؤولاً. قد يكون هنالك سبب مستبطن للإسهال المزمن، مثل: التهاب الكولون أو داء كرون. التعرّق الشديد في الجو الحار قد يترافق مع حكّة شرجية.

■ الأمراض الجلدية Skin Diseases:

إذا كان المريض سكرياً أو مثبط المناعة، فقد يكون داء المبيضات مسؤولاً عن الحكّة. تحرّ إذا كان لدى المريض طفح حاكّ في أي مكان آخر. وهذه -الحكة- يمكن أن تكون بشكل خاص شديدة في الأكزيما والجرب. يمكن أن ينجم التهاب الجلد التماسي عن استعمال مزيل رائحة أو تغيير مسحوق الغسيل للملابس الداخلية. غالباً لا يكون الصداف حاكّاً لكن في بعض الأحيان قد تحصل حكّة واضحة، خصوصاً إذا أصبحت المنطقة مخموجة. الحزاز المصلب ليس شائعاً، يحصل بشكل رئيسي لدى النساء، حيث يمكن أن يصيب كلاً من الفرج والعجان. عند الرجال قد يكون – الحزاز المصلب – مترافقاً بالتهاب حشفة جاف ماحي، لذلك يجب السؤال فيما إذا كان هنالك أي شذوذ للقلفة.

■ الطفيليات Parasites:

غالباً ما يصاب الأطفال بالديدان الخيطية. قد يلاحظها الآباء.

■ النفسية Psychogenic:

قد تحصل الحكّة مجهولة السبب لدى أناس مصابين بحالات قلق. قد تحصل دائرة حكة -خدش، والتي يصعب كسرها.

الفحص EXAMINATION:

■ **النز الشرجي Anal Discharge:**

قد يظهر بتأمل الشرج تمزقات جلدية، أو الفوهة الخارجية للناسور داخل الشرجي، أو ثآليل شرجية، أو بواسير. قد يكشف المس الشرجي كارسينوما في القناة الشرجية أو سليلات ليفية شرجية. تنظير المستقيم وتنظير السين سيثبت وجود أية آفات شرجية أو مستقيمية مرافقة.

■ **التلوث الغائطي Faecal Soiling:**

قد يكون تلوث الملابس الداخلية واضحاً. وقد يكون إهمال النظافة الشخصية واضحاً أيضاً على المريض. أجري مساً شرجياً لتحري مقوية المعصرة.

■ **الأمراض الجلدية Skin Disease:**

قد يحصل داء المبيضات لدى المرضى الذين يتناولون المضادات الحيوية لفترة طويلة أو المصابين بالسكري أو مثبطي المناعة. سعفة الأرفاغ أكثر شيوعاً لدى الرجال. قد يصيب الخمج المغبن والعجان بالإضافة للمناطق حول الشرج. وقد يكون لدى المريض سعفة قدم مرافقة. في الحزاز المصلب يكون هنالك لويحات من الضمور السطحي للبشرة مع لون مبيض. عند الذكر افحص القضيب لتحري التهاب الحشفة الجاف الماحي.

في التهاب الجلد التماسي قد يكون هنالك تغيرات في الجلد في مناطق أخرى بعيدة عن المنطقة حول الشرج. في الجرب غالباً ما يكون هنالك آفات في أجزاء أخرى من الجسم. ويكون هنالك أنفاق بقياس 5-10 ملم عميقة تظهر كأعراف طويلة Long Ridges، والتي يمكن أن تكون بشكل حرف S. عزل المتعضية بدبوس وفحصها تحت المجهر سيثبت التشخيص. في الصداف ستكون هنالك غالباً آفات في مناطق أخرى من الجسم، والأمر نفسه إلى حدٍ ما بالنسبة للأكزيما.

■ **الطفيليات Parasites:**

قد تكون الديدان الخيطية مرئية حول الشرج.

■ **النفسية Psyaogenic:**

قد تكون هنالك قصة واضحة لمرض نفسي أو قد يبدو المريض قلقاً ومكتئباً.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATOINS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

عادة تكون طبيعية.

- **تحليل البول Urinalysis:**

إيجابي بالنسبة للسكر في المريض السكري.

- **سكر الدم Blood Glucose:**

السكري.

- **زرع البراز Stool Culture:**

يظهر بيوض، طفيليات، وكيسات، أسباب الإسهال.

- **كشاطة جلدية Skin Scrapings:**

من أجل الأخماج الفطرية، والفحص المجهري، والزرع.

- **مسحة شرجية ليلية بشريط لاصق Nocturnal Sellotape Swab:**

الديدان الخيطية.

- **خزعة Biopsy:**

كارسينوما شرجية، الحزاز المصلب.

الحمى مجهولة السبب PYREXIA OF UNKNOWN ORIGIN

معظم الحميات تنجم عن أمراض محددة بوضوح، مثل: التهاب الحويضة والكلية الحاد أو التهاب الزائدة الحاد، أو من أخماج فيروسية محددة لذاتها Self-Limiting، مثل: الزكام الشائع. الحمى مجهولة السبب هي حمى، غير محددة السبب وذلك بعد أخذ قصة وإجراء فحص سريري. عادة تكون الحمى طويلة الأمد.

الأسباب CAUSES:

الجرثومية:

التهاب الشغاف الجرثومي تحت الحاد.

السل.

داء البروسيلات.

التيفية.

داء البريميات.

خراجة، مثل: خراجة تحت الحجاب الحاجز، خراجة حوضية.

الفيروسية/ ريكتسيا:

الإنفلونزا.

حمى غدّية.

حمى Q.

فيروس عوز المناعة المكتسب HIV.

الفيروس المضخم للخلايا CMV.

داء خرمشة القطة.

الفطرية:

داء المبيضات.

داء الرشاشيات.

الأوالي:

البرداء (الملاريا).

داء الأميبات.

التوكسوبلاسموز.

المتكيس الرئوي الكاريني.

التنشؤية:

ورم كظراني.

لمفوما.

ورم كبدي.

ابيضاض حاد.

أمراض النسيج الضام:

الذئبة الحمامية الجهازية.

التهاب الشرايين العقد.

التهاب المفاصل الرثواني.

التهاب الشريان الصدغي.

الأمراض الحبيبومية:

الساركوئيد.

داء كرون.

المحدثة بالأدوية.

اخرى:

احتشاء العضلة القلبية.

صمة رئوية.

حمى البحر المتوسط العائلية.

مرض مونشاوسن (مفتعل) Munchausen's Disease.

بعد التمنيع.

القصة HISTORY:

يجب أخذ قصة كاملة ومفصلة، مع ملاحظة خصوصاً السفر للخارج، التماس مع خمج، التماس مع الحيوانات، عضات، سحجات، طفح، إسهال. تحرّ القصة الدوائية، متضمنة الأدوية غير الموصوفة وتناول المخدرات. تحرّ وجود أي قصة جراحة حديثة، خصوصاً الجراحة على البطن. هل توجد قصة تمنيع حديث؟ هل يشكو المريض من تعرق ليلي، وفقد وزن، ووهن معمم؟.

الفحص EXAMINATION:

يجب إجراء فحص فيزيائي كامل. وهذا الفحص يجب أن يكون موجهاً لكل جهاز في الجسم. تقصّ بشكل خاص اعتلال العقد اللمفية والضخامة الكبدية الطحالية. ويجب إجراء فحص مستقيمي ومهبلي.

الاستقصاءات INVESTIGATIONS:

قد يكون من الضروري إجراء استقصاءات كثيرة ومتكررة. وقد يكون من الضروري إيقاف أية أدوية متناولة دفعة واحدة لرؤية فيما إذا استقرت درجة الحرارة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في الخباثات، وفقر الدم الناجم عن الأمراض المزمنة، مثل: التهاب المفاصل الرثواني. يرتفع تعداد البيض في الأخماج، والابيضاض. ترتفع اللمفاويات في الأخماج الفيروسية. تنخفض الصفيحات في الابيضاض. ترتفع سرعة التثفل في الخباثات، وأمراض النسيج الضام، والسل.

- **البولة والكهارل U & Es:**

أمراض النسيج الضام التي تصيب الكليتين.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

أمراض الطرق الصفراوية أو الكبدية، مثل: التهاب الطرق الصفراوية، التهاب الكبد.

- **سكر الدم Blood Glucose:**

الداء السكري: الأخماج أكثر شيوعاً في المرضى السكريين.

- **زرع الدم Blood Culture:**

المكورات العقدية المخضرة تشير إلى التهاب شغاف خمجي. عزل الكولونيات يشير لإمكانية وجود إنتان داخل البطن.

- **الأضداد الفيروسية Viral Antibodies:**

التهاب الكبد B، التهاب الكبد C، داء وحيدات النوى الخمجي، فيروس عوز المناعة المكتسب HIV، الفيروس المضخم للخلايا CMV.

- **زرع القشع Sputum Culture:**

فحص مجهري لتحري عصيات السل وإجراء زرع وتحسس.

- **فحص مجهري للبول وزرعه Urine Microscopy and Culture:**

البيلة الدموية المجهرية في التهاب الشغاف. بيلة دموية في الورم الكظراني وحثل الدم. كريات بيض في الأخماج. أسطوانات حبيبية أو أسطوانات كريات حمر في التهاب الكلية، مثل: أمراض النسيج الضام. بيلة بروتينية تشير لمرض كلوي.

- **زرع البراز وفحصه تحت المجهر Stool Culture and Microscopy:**

زرع وتحسس، بيوض وطفيليات وكيسات في الفحص المجهري.

- **صورة صدر بسيطة CXR:**

السل. ذات رئة غير نموذجية. ذات رئة مترافقة بعوز مناعة مكتسب أو بالمتكيس الرئوي الكاريني. ارتشاحات ثانوية. عقد سرية مترافقة مع الساركوئيد، أو مع السل، أو مع اللمفوما.

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

الأمراض القلبية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS :

- **العامل الرثواني Rheumatoid Factor:**

التهاب المفاصل الرثواني.

- **الاختبارات المصلية Serological Tests:**

حمى Q. داء البروسيلات، داء البريميات.

- **الأضداد الذاتية Autoantibodies:**

أمراض النسيج الضام.

- **اختبار مانتوكس Mantoux Test:**

السل.

- **معايرة أضداد الستريتوليزين Antistreptolysin O Titre O:**

الحمى الرثوية.

- **رشافة نقي العظم Bone Marrow Aspirate:**

الابيضاض، الورم النقوي.

- **البزل القطني Lumbar Puncture:**

كريات بيض ومتعضيات في التهاب السحايا. دم في النزف تحت العنكبوتي. بروتين في متلازمة غيلان باريه Guillain - Barre'.

- **تصوير البطن بالأمواج فوق الصوتية US Abdomen:**

خراجات داخل الصفاق.

- **التصوير بالغاليوم Gallium Scan:**

خمج موضّع.

- **التصوير بواسطة الكريات البيض الموسومة Labelled White Cell Scan:**

خمج موضع، خراجة موضعة.

- **خزعة كبد Liver Biopsy:**

التهاب الكبد.

- **خزعة كلية Renal Biopsy:**

داء كبيبي، خباثة.

- **خزعة عضلية Muscle Biopsy:**

التهاب العضلات.

- **تصوير مقطعي محوسب CT:**

الأخماج، الخباثات.

- **فتح بطن استقصائي Exploratory Laparotomy:**

قد يكون ضرورياً لاستبعاد وجود إنتان داخل البطن.

النزف المستقيمي RECTAL BLEEDING

النزف المستقيمي هو عرض شائع. أغلبية المرضى المصابين بالنزف المستقيمي يكون لديهم حالات بسيطة مثل البواسير، لكن دائماً يجب أن تؤخذ الأعراض بجدية ويتم استقصاءها. النزف المستقيمي مع تغير في عادات التغوط مع ألم بطني قولنجي يجب أن يتم اعتباره ناجماً عن سرطان كولوني مستقيمي حتى يثبت العكس.

الأسباب CAUSES:

الشرج:

البواسير.

شق شرجي.

كارسينوما.

رض.

الكولون والمستقيم:

كارسينوما.

السليلات.

داء الرتوج.

داء الأمعاء الالتهابي:

ـ التهاب الكولون التقرحي.

ـ داء كرون.

التهاب الكولون الإقفاري.

عسر التنسج الوعائي.

التهاب الكولون أو المستقيم الشعاعي.

هبوط المستقيم.

قرحة المستقيم المفردة.

الأمعاء الدقيقة:

رتج ميكل.

انغلاف معوي.

احتشاء مساريقي.

ناسور أبهري معوي.

السبيل الهضمي العلوي:

نزف غزير، مثل: قرحة عفجية.

أخرى:

استخدام مانعات التخثر.

ميل للنزف.

يوريمية.

القصة HISTORY:

■ الشرج Anus:

البواسير Haemorrhoids:

يمكن أن تحدث البواسير في أي عمر. يمكن أن يكون النزف من البواسير ملاحظاً على ورق المرحاض أو بشكل مشحات في المرحاض بعد التغوط. البواسير غير المختلطة غير مؤلمة.

الشق الشرجي Fissure - in - Ano:

الشق الشرجي كثير الشيوع في الأعمار تحت 40 سنة. فهو شائع تماماً لدى الأطفال. يعاني المريض من ألم أثناء التغوط، والذي قد يستمر لدقائق أو ساعات بعد ذلك. الإمساك هو أحد الأسباب المسببة، وسيسوء الإمساك بوجود الشق الشرجي لأن المريض سيتجنب التغوط بسبب الألم. يلاحظ وجود الدم على ورق المرحاض أو بشكل خطوط على البراز.

كارسينوما القناة الشرجية Carcinoma of the Anal Canal:

غالباً ما تحدث كارسينوما القناة الشرجية عند المسنين. وتتظاهر بألم أثناء التغوط وخطوط دموية على البراز ودم على ورق المرحاض. في البدء، في المراحل المبكرة، فإنها قد تلتبس بالشق الشرجي.

الرض Trauma:

قد تكون هنالك قصة أذية مخترقة للقناة الشرجية. الاعتداء الجنسي أو الممارسات الجنسية الشاذة قد تكون السبب.

■ الكولون والمستقيم Colorectal:

الكارسينوما Carcinoma:

قد يكون الدم في الكارسينوما الكولونية مختلطاً مع الغائط، غالباً يكون هنالك تغير في عادات التغوط وألم بطني قولنجي. غالباً يكون الدم في سرطان المستقيم بشكل خطوط على البراز وقد تكون هنالك قصة زحير، وهو شعور بعدم إفراغ كامل للمستقيم.

البوليبات Polyps:

قد تكون القصة مماثلة لقصة الكارسينوما.

داء الرتوج Diverticular Disease:

يكون النزف المرافق لداء الرتوج بشكل نموذجي حاداً، وغزيراً، وطازجاً، قد تكون هنالك قصة سابقة لداء الرتوج.

داء الأمعاء الالتهابي Inflammatory Bowel Disease:

في التهاب الكولون التقرحي وداء كرون عادة ما تكون هنالك هجمات من إسهال مائي وتغوط بني اللون يحتوي على مخاط ودم طازج. وغالباً يكون هنالك ألم بطني قولنجي. في التهاب المستقيم التقرحي قد يعاني المريض من زحير.

التهاب الكولون الإقفاري Ischaemic Colitis:

وهو غالباً ما يحصل لدى المسنين. يكون هنالك ألم بطني قولنجي مترافق بخروج دم وريدي أحمر غامق عبر المستقيم.

عسر التنسج الوعائي Angiodysplasia:

غالباً ما يكون المريض مسناً. يكون هنالك نزف عبر المستقيم، والذي قد يكون غزيراً ولكن عادة ما يكون بكميات صغيرة ومتكرراً.

التهاب الكولون أو المستقيم الشعاعي Irradiation Proctitis or Colitis:

ستكون هنالك قصة تشعيع، عادة بسبب كارسينوما عنق الرحم. تخرج المريضة دماً ومخاطاً عبر المستقيم وتعاني من زحير.

هبوط المستقيم Rectal Prolapse:

سيكون المريض على دراية بشيء متدلٍ والذي ينزل مع التغوط. ويكون النزف بسبب الرض.

قرحة المستقيم المفردة Solitary Rectal Ulcer:

يحدث النزف بعد التغوط، غالباً بحجوم ضئيلة. هذا قد يترافق بسيلان مخاطي والشعور بكتلة في الشرج.

■ **الأمعاء الدقيقة Small Bowel:**

رتج ميكل Meckel's Diverticulum:

غالباً ما يسبب نزف غير مؤلم في البالغين اليافعين. يميل النزف ليكون بلون أحمر غامق وقد يملك في بعض الأحيان صفات التغوط الزفتي.

الانغلاف المعوي Intussusception:

وهو غالباً ما يحدث عند الرضع، لكن يمكن أن يحدث في أي عمر بشكل نادر. سيكون لدى الطفل ألم بطني قولنجي، ويسحب ساقيه باتجاه البطن، ويصرخ، ويخرج برازاً محتوياً على خليط من الدم والمخاط (براز بشكل الهلام الكرزي).

الاحتشاء المساريقي Mesenteric Infarction:

غالباً ما يكون المريض مسناً، أو يافعاً ولديه قصة مرض قلبي (صمة). سيأتي المريض بألم قولنجي شديد بمركز البطن، مترافقاً بمضض منتشر ومن ثم وهط وصدمة.

ناسور أبهري معوي Aortoenteric Fistula:

غالباً ما يحصل بشكل تالٍ لإصلاح أم دم أبهرية تحت الكلية بطُعم داكرون Dacron. هذا الطعم قد يصاب بالخمج، عندها سيتشكل ناسور بين الأبهر والعفج. بالاعتماد على سرعة النزف، فقد يكون هنالك إما تغوط زفتي أو نزف مستقيمي غزير أحمر مع صدمة.

■ **السبيل الهضمي العلوي Upper Gastrointestinal Tract:**

النزف الكتلي من السبيل الهضمي العلوي، مثل: دوالي مريئية نازفة، أو قرحة عفجية، قد يتظاهر بنزف أحمر قانٍ عبر المستقيم. وهذا ناجم عن النقل المعوي السريع، والمريض سيكون دائماً مصاب بالصدمة.

■ أخرى Others:

تحرَّ وجود قصة تناول مانعات تخثر. قد يكون لدى المريض اضطراب في التخثر. تحرّ وجود نزف في مواقع أخرى أو وجود تكدم عفوي.

اليوريمية Uraemia:

قد يحدث نزف مستقيمي في اليوريمية وهذا قد يكون مرتبطاً بعيوب الصفيحات. نادراً ما قد يحدث نزف مستقيمي في أمراض الكولاجين، خصوصاً التهاب الشرايين عديد العقد.

الفحص EXAMINATION:

■ الشرج Anus:

البواسير Haemorrhoids:

قد تكون هنالك بواسير متدلية واضحة؛ على أية حال، غالباً ما يتطلب الأمر إجراء تنظير مستقيمي وتنظير سيني لوضع التشخيص.

الشق الشرجي Fissure - in - Ano:

باعد الإليتين. الشق الشرجي المزمن مع الباسور الحارس Sentinel pile قد يشاهدان على الخط الناصف بتوضع خلفي، أو بشكل أندر على الخط الناصف بتوضع أمامي. المس الشرجي في حال إجرائه فسيكون مؤلماً بشدة.

الكارسينوما Carcinoma:

قد تتم مشاهدتها كتقرح قاسٍ في القناة الشرجية ذي حواف منقلبة للخارج، على أية حال، في المراحل الباكرة، فقد يكون من الصعب تمييز الكارسينوما في القناة الشرجية عن الشق الشرجي المزمن. يجب إجراء خزعة.

الرض Tauma:

قد يكون التسحج واضحاً حول القناة الشرجية. قد يكون هنالك شق على الجلد أو المخاطية، سيكون المس الشرجي مؤلماً.

■ الكولون والمستقيم Colon and Rectum:

الكارسينوما Carcinoma:

قد تكون هنالك كتلة بطنية مجسوسة. قد تكون هنالك علامات انسداد معوي. قد يكشف المس الشرجي كتلاً متقرحة، قاسية، وغير منتظمة.

السليلات Polyps:

قد تكون السليلة مجسوسة في المستقيم. قد لا تكون هنالك موجودات في الفحص الفيزيائي.

داء الرتوج Diverticular Disease:

قد يشعر المريض بمضض في الحفرة الحرقفية اليسرى. عادة لا تكون هنالك موجودات بطنية.

داء الأمعاء الالتهابي Inflammatory Bowel Disease:

قد تكون هنالك كتلة بطنية مجسوسة في داء كرون. وقد يكون هنالك مضض بطني موضع. إذا حدث توسع سمي، فسيكون البطن متمدداً وممضاً، وقد تكون هنالك علامات التهاب الصفاق إذا حصل انثقاب.

التهاب الكولون الإقفاري Ischaemic Colitis:

قد يظهر الفحص الفيزيائي مضضاً في الجانب الأيسر للبطن، وقد يكون المريض مصدوماً.

عسر التنسج الوعائي Angiodysplasia:

قد يكون هنالك القليل الذي يمكن أن نجده غير النزف المستقيمي. وغالباً لا تكون هنالك علامات بطنية.

التهاب الكولون أو المستقيم الشعاعي Irradiation Colitis or Proctitis:

قد يكون هنالك بعض المضض البطني. سيُظهر المس الشرجي مخاطية حبيبية ودماً على القفاز.

الهبوط المستقيمي Rectal Prolapse:

سيكون هنالك تدلٍ واضح للمستقيم مع مخاطية مستقيمية متقرحة ونازفة.

قرحة المستقيم المفردة Solitary Rectal ulcer:

لا توجد هنالك موجودات بطنية. قد يعطي المس الشرجي انطباعاً عن تورم بشكل السليلة داخل المستقيم تماماً، والذي قد يلتبس مع الكارسينوما. سيكشف تنظير المستقيم مخاطية محمرة ومتوذمة، وسيلاحظ تقرح صريح لدى 50٪ من المرضى.

■ الأمعاء الدقيقة Small Bowel:

رتج ميكل Meckel's Diverticulum:

غالباً لن نجد شيء في الفحص البطني.

الانغلاف المعوي Intussusception:

يمكن أن تكون هنالك كتلة مجسوسة في الحفرة الحرقفية اليمنى. في النهاية، أثناء تقدم الانغلاف، تصبح الحفرة الحرقفية اليمنى فارغة.

الاحتشاء المساريقي Mesentric Infarction:

قد يكون لدى المريض رجفان أذيني وهذا يشير إلى وجود صمات. قد يكون هنالك مضض بطني منتشر، لاحقاً تترافق الحالة مع وهط وصدمة.

الناسور الأبهري المعوي:

هنالك عادة ندبة تمتد على طول الخط الناصف تشير إلى إصلاح حديث لأم دم أبهرية، ما عدا ذلك هنالك القليل من الموجودات في الفحص البطني.

■ السبيل الهضمي العلوي Upper Gastrointestinal Tract:

النزف الغزير Massive Haemorrhage:

قد تكون هنالك علامات قصور كبدي مترافق مع نزف شديد من الدوالي. قد يكون هنالك مضض شرسوفي مترافق مع القرحة العفجية.

■ أخرى Others:

في حال تناول مانعات التخثر قد يكون هنالك نزف من فوهات أخرى، كما يمكن أن يحدث ذلك أيضاً في التأهب للنزف. تحرَّ وجود علامات التسحج. عادة ما يرى النزف بسبب اليوريمية في المرضى المصابين باليوريمية الدائمة والذين وصفوا مسبقاً على الديلزة ولديهم ناسور شرياني وريدي أو لديهم أنبوب الديلزة الصفاقية المستمرة المتنقلة CAPD.

النزف المستقيمي بسبب أمراض الكولاجين نادر. التهاب الشرايين العديد العقد من المحتمل أن يكون الأشيع من بين أمراض الكولاجين. وسيكون النزف ناجماً عن التهاب الأوعية النخري وقد تكون هنالك علامات لالتهاب الأوعية في مكان آخر، مثل: الجلد.

الاستقصاءات العامة GENERAL IVESTIGATIONS:

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

قد ينخفض الهيموغلوبين في معظم أنماط النزف المستقيمي. يرتفع تعداد البيض في داء الأمعاء الالتهابي، والتهاب الكولون الإقفاري، والناسور الأبهري المعوي. تنخفض الصفيحات في حالات التأهب للنزف. ترتفع سرعة التثفل في الكارسينوما، وأمراض الكولاجين.

- **البولة والكهارل U & Es:**

ترتفع البولة والكرياتينين في النزف الناجم عن اليوريمية. قد ترتفع البولة بسبب امتصاص الدم من الأمعاء. غالباً ما يكون الكرياتينين طبيعياً في مثل هذه الحالات.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

يترافق قصور الكبد مع الدوالي المريئية.

- **تنظير السين/ تنظير المستقيم Sigmoidscopy/ Proctoscopy:**

الأورام المستقيمية الشرجية، البواسير، التهاب الكولون القاصي، قرحة المستقيم المفردة، أخذ خزعة.

- **صورة بطن بسيطة AXR:**

الانسداد المترافق مع الكارسينوما. داء الأمعاء الالتهابي (التوسع السمي للكولون).

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الرحضة الباريتية Barium Enema:**

الكارسينوما، داء الرتوج، السليلات، داء الأمعاء الالتهابي، التهاب الكولون الإقفاري.

- **تنظير الكولون Colonoscopy:**

داء الرتوج، أورام كولونية، عسر التنسج الوعائي، التهاب الكولون.

- **التصوير الوعائي Angiography (في الطور الحاد للنزف):**

عسر التنسج الوعائي، النزف من رتج ميكل.

- **المسح بالكريات الحمر الموسومة Labelled Red Cell Scan:**

عسر التنسج الوعائي، رتج ميكل.

- **المسح بالتكنيسيوم Technetium Scan:**

رتج ميكل.

آفات فروة الرأس SCALP LESIONS

آفات فروة الرأس شائعة؛ والأكثر شيوعاً هي الكيسات الزهمية، والتي عادة ما تكون متعددة.

الأسباب CAUSES:

الرضية:

ورم دموي.

ورم دموي رأسي.

الكيسات الزهمية:

التنشؤية:

الحميدة: ورم عظمي عاجي.

الخبيثة.

البدئية: كارسينوما قاعدية الخلايا.

كارسينوما شائكة الخلايا.

ميلانوما خبيثة.

ابيضاض.

ورم نقوي.

الثانوية: الثدي.

القصبات.

الدرق.

الموثة.

الكلية.

الخمجية: ورم كوك الغريب Cock's Peculiar Tumour.

سعفة الرأس.

أخرى: الصداف.

التهاب الجلد الزهمي.

القصة HISTORY:

■ **الرضية Traumatic:**

تحرّ وجود قصة رض. قد يغطي ورم دموي رخو كسراً في الجمجمة. يرى الورم الدموي القحفي في الأطفال حديثي الولادة. وهو يتلو ولادة راضّة، يكون الورم الدموي تحت سمحاق الجمجمة.

■ **الكيسة الزهمية Sebaceous Cyst:**

قد تكون متعددة. غالباً ما يلاحظها المريض عندما يقوم بتسريح شعره.

■ **التنشؤية Neoplastic:**

في الورم العظمي العاجي قد يلاحظ المريض تورماً قاسياً كالصخر على فروة الرأس. غالباً ما يكون المريض بالغاً يافعاً وليست لديه أعراض. قد تحصل تقرحات خبيثة على فروة الرأس. حيث سيلاحظ المريض الآفة أثناء تسريحه لشعره حيث قد يحصل نزف. تظهر هذه الآفات بشكل أبكر عند المرضى المصابين بالصلع. قد يكون المضض العظمي والتورم هي الأعراض الأولى للارتشاح بالنقائل. فقد تكون هنالك قصة ورم بدئي، أو يجب أخذ قصة مفصلة لتحديد موقع الورم البدئي إن لم يكن مكتشفاً.

■ **الخمجية Infective:**

في ورم كوك الغريب قد يلاحظ المريض آفة متقرحة نازفة على الفروة. ينجم ورم كوك الغريب عن كيسة زهمية متقيحة وعلى سطحها نسيج حبيبي. وقد يلتبس – ورم كوك– مع الكارسينوما شائكة الخلايا. غالباً ما تحصل سعفة الرأس في الطفولة. تكون هنالك بقع حاكّة محمرة متوسفة على الفروة ويتقصّف الشعر فيها بسهولة، تاركاً وراءه بقعاً مجزوزة.

■ **أخرى Other:**

قد يصيب الصداف فروة الرأس. غالباً ما تكون هنالك قصة آفات في مواقع أخرى من الجسم. يتظاهر التهاب الجلد الزهمي (المثي) بطفح وسفي رقيق على الفروة. غالباً ما يكون نمو الأشعار طبيعياً في كلا الآفتين.

الفحص EXAMINATION:

■ **الرضية Traumatic:**

قد يسبب الطرق على الرأس ورماً دموياً رخواً. يتطلب إجراء صورة بسيطة لاستبعاد وجود كسر خفي. يحصل الورم الدموي القحفي عند حديثي الولادة؛ ينتشر الورم الدموي تحت سمحاق الجمجمة ولذلك فإنه يتحدد بالدروز القحفية.

■ **الكيسة الزهمية Sebaceous Cyst:**

الكيسات الزهمية هي تورمات مكورة ممضة وقاسية في الفروة. قد تكون متعددة. من النادر رؤية نقطة في الكيسات الزهمية على الفروة.

■ **التنشؤية Neoplastic:**

الورم العظمي العاجي هو تورم عظمي قاسٍ أملس ينشأ من الصفيحة العظمية الخارجية للجمجمة يتحرك الجلد فوقه بحرية. تظهر الكارسينوما شائكة الخلايا كتقرح ذو حواف قاسية ومنقلبة. غالباً ما تكون الميلانوما الخبيثة متصبغة ومتقرحة ونازفة. في كلا الحالتين السابقتين قد يكون هنالك اعتلال في العقد اللمفية الرقبية. الكارسينوما قاعدية الخلايا هي تقرح مرتفع ذو حواف مدورة ومظهر لؤلؤي، مع شعريات سطحية متوسعة عادة. قد تكون الآفات في القحف هي عبارة عن نقائل من الرئة، أو الثدي أو الدرق، أو الموثة أو الكلية، كلاً من هذه المناطق السابقة يجب أن تفحص لتحري إمكانية وجود ورم بدئي فيها. قد يتظاهر الورم النقوي بآفات مؤلمة في القحف، فقد تكون هنالك مناطق لمضض موضع.

■ **الخمجية Infective:**

يتظاهر ورم كوك الغريب ككيسة زهمية مفتوحة وذات نسيج حبيبي. تبدو ملتهبة ومتورمة وقد تلتبس بالكارسينوما شائكة الخلايا. في سعفة الرأس تكون هنالك بقع حمراء ومتوسفة على الفروة، مع أشعار متقصفة معطية مظهراً مجزوزاً.

■ **أخرى Other:**

في الصداف تكون هنالك مناطق واضحة الحدود لتوسفات فوق لويحات محمرة. ينمو الشعر بشكل طبيعي من خلال اللويحات. تحرّ وجود آفات صدفية في مواقع أخرى. يظهر في التهاب الجلد الزهمي (المثي) توسفات رقيقة لكن تبقى الأشعار سليمة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

معظم الآفات السابقة يتم تشخيصها بالفحص السريري فقط.

- **تعداد الدم العام وسرعة التثفل ESR و FBC:**

ينخفض الهيموغلوبين في الخباثات. يرتفع تعداد البيض في الابيضاض. ترتفع سرعة التثفل في الورم النقوي والخباثات الأخرى.

- **صورة صدر بسيطة CXR:**

ورم بدئي، نقائل خبيثة، مثل: نقائل من الميلانوما الخبيثة.

- **صورة بسيطة للقحف Skull X-Ray:**

الكسر. الورم العظمي العاجي. يأخذ القحف مظهر المبهرة Pepper-Pot (العلبة التي يرش منها البهارات) في مالورم النقوي. ارتشاحات نقائلية: انحلال عظمي من أورام في الرئة أو الثدي أو الدرق. تصلب عظمي نتيجة نقائل من الموثة أو الكلية أحياناً.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **رحلان كهربائي لبروتين المصل Serum Protein Electrophoresis:**

اعتلال بروتينات غاما وحيد النسيلة في الورم النقوي.

- **مسح عظمي Bone Scan:**

نقائل عظمية.

- **كشاطة من الفروة Scalp Scrapings:**

الأخماج الفطرية، مثل: السعفة الرأسية.

- **خزعة Biopsy:**

الآفات الخبيثة. ورم كوك الغريب.

ألم الصفن SCROTAL PAIN

قد ينتج ألم الصفن عن الآفات التي تصيب جلد الصفن، أو محتوى الصفن، أو نادراً ما يكون عبارة عن ألم رجيع.

الأسباب CAUSES:

الجلد:

التهاب الجلد.
التخريش (سلس البول/ عدم استمساك الغائط).
كيسة زهمية مخموجة.
الحلأ البسيط.
داء بهجت (نادراً).
موات فورنيه (نادراً).

التورمات داخل الصفن:

الفتق المختنق.
انفتال الخصية.
انفتال ملحقات الخصية.
التهاب البربخ والخصية.
القيلة الدموية.
دوالى الحبل المنوى.

الألم الرجيع:

احتجاز العصب الحرقفي الإربي بعد إصلاح الفتق.
إجهاد مغبنى.
الألم العصبى للحبل المنوي مجهول السبب.
تخريش العصب الشوكى (نادراً).

القصة المرضية HISTORY:

- **الجلد:**

قد يلاحظ المريض وجود آفة جلدية ربما تكون حاكة أو متقرحة أو مؤلمة. قد يكون الألم والتقرح لدى المسنين المصابين بتخليط ذهني وعدم استمساك ناتجاً عن التأثير

المخرش للغائط والبول مع الإنتان الإضافي. قد تشير قصة سابقة لتورم سطحي وجود كيسة زهمية مخموجة. قد توجد قصة تشير إلى الإصابة بالتهاب الجلد التماسي. إن الآفات الحويصلية المؤلمة قد تشير إلى الإصابة بالحلأ. يمكن لمتلازمة بهجت أن تسبب ظهور آفات تقرحية مؤلمة على الصفن وقد تظهر آفات مماثلة على القضيب. عادةً يكون موات فورنيه ذا بدء حاد لدى شاب سليم مع ترق سريع لموات الجلد. ليس هناك سبب واضح في أغلب الأحيان.

■ **التورمات داخل الصفن:**

قد تكون هناك قصة سابقة لفتق إربي نازل إلى الصفن. إن البدء المفاجئ لألم بطني قولنجي وعدم القابلية للرد يشير إلى تطور فتق إربي مختنق. إن البدء المفاجئ للألم، الاحمرار، والتورم لدى ذكر مراهق أو شاب يقترح تشخيص انفتال الخصية. وقد يأتي ذلك أثناء القيام بتمارين عنيفة. وهذا يشكل حالة جراحية طارئة تتطلب إجراء عمل جراحي فوري. إن البدء التدريجي للألم، الاحمرار، والمضض سيقترح الإصابة بالتهاب البربخ والخصية. ابحث عن أعراض إنتان السبيل البولي، مثل عسر التبول أو تكرار التبول، والتي قد تترافق مع التهاب البربخ والخصية. قد يترافق التهاب الخصية مع النكاف والذي قد يكون واضحاً، حيث يشكو المريض من ألم ثنائي الجانب في النكفة والغدد تحت الفك بالإضافة إلى اعتلال عقد لمفية رقبية مؤلم ومرض بنيوي. إن قصة حدوث رض ستقترح وجود قيلة دموية. قد تترافق دوالي الحبل المنوي مع ألم كليل، ضعيف التوضع غالباً.

■ **الألم الرجيع:**

نادراً ما يشكو المريض من ألم الصفن دون وجود شذوذ مرئي أو مجسوس. اسأل عن قصة إصلاح فتق إربي سابق، حيث أنه قد يؤدي إلى احتجاز العصب الحرقفي الإربي. نادراً ما يحدث الألم العصبي للحبل المنوي مجهول السبب. في بعض الأحيان قد ينتج ألم الصفن عن (إجهاد مغبني). إن الألم الرجيع من آفات العمود الفقري نادراً ما يسبب حدوث ألم الصفن.

الفحص السريري EXAMINATION:

■ **الجلد:**

إن وجود آفة حمراء متوسفة سيقترح الإصابة بالتهاب الجلد. قد يكون هناك خمج مضاف. لدى المسنين والمصابين بعدم الاستمساك، عادةً يكون وضع تشخيص التخريش

الناجم عن البول أو البراز واضحاً. تتظاهر الكيسة الزهمية المخموجة بشكل تورم موضع أحمر ممض على الصفن. قد يكون هناك سيلان قيحي. يتظاهر الحلأ البسيط على شكل آفات حويصلية. هذه الآفات قد تتواجد في مواضع أخرى. على القضيب مثلاً. يتظاهر داء بهجت على شكل آفات تقرحية مؤلمة على الصفن بالإضافة إلى القضيب. قد تكون هناك علامات أخرى لداء بهجت مثل التهاب المفاصل. التهاب القرنية، التهاب القزحية، تقرحات فموية. عند الإصابة بموات فورينيه توجد عادةً وذمة متوترة لّماعة على الصفن. تتطور الفرقعات لاحقاً قبل حدوث موات ما تحت الجلد. قد ينتشر الموات فوق المنطقة الإربية وجدار البطن السفلي. في الحالات المتقدمة، يختفي الجلد تماماً، تاركاً الخصيتين معلقتين في الصفن دون غمد.

■ تورمات الصفن الداخلية:

قد توجد كتلة متوترة ممضة في الصفن، ومن المستحيل تمرير اليد فوقها. هذا يقترح وجود فتق مختنق. إن وجود خصية ممضة متضخمة مشدودة للأعلى باتجاه المغبن يقترح الإصابة بانفتال الخصية. إن تضخم وإيلام الخصيتين بالإضافة إلى الاحمرار ووذمة الصفن يقترح الإصابة بالتهاب البربخ والخصية. يجب فحص الغدة النكفية والغدد تحت الفك لنفي وجود نكاف. أحياناً، قد يحدث انفتال ملحقات الخصية ويسبب الألم وتورم الصفن بشكل غير متناسب مع حجم الآفة، التي قد تكون ذات قطر أقل من بضعة ميليميترات. إن التورم الممض مع حدوث كدمة ووذمة في الصفن بعد الرض سيقترح وجود قيلة دموية (وهي عبارة عن تجمع دموي بين طبقات الغلالة الغمدية). يمكن ألاّ تظهر دوالي الحبل المنوي حتى يبقى المريض بوضعية الوقوف لمدة 10-15 ثانية. ويتم الشعور بها نموذجياً بشكل (جراب من الديدان) حيث يملأ الدم الدافئ الأوردة المتوسعة، وتكون هذه الأوردة مجسوسة عبر جلد الصفن. توجد دوالي الحبل المنوي بشكل أشيع على الجانب الأيسر. قد يترافق البدء السريع لدوالي الحبل المنوي على الجانب الأيسر مع سرطانة الكلية اليسرى. حيث ينمو الورم باتجاه الأسفل عبر الوريد الكلوي الأيسر ويسبب انسداد الوريد الخصيوي. افحص البطن بحثاً عن كتلة في الكلية اليسرى.

■ الألم الرجيع:

ابحث عن ندبة إصلاح الفتق الإربي. عند احتجاز العصب الحرقفي الإربي سيكون هناك خدر/ مذل أسفل الندبة وعلى الوجه الأمامي لجلد الصفن. يجب إجراء فحص

عصبي كامل عندما يكون ألم الصفن رجيعاً من آفات العمود الفقري وهي من الحالات نادرة الحدوث. افحص العمود القطني العجزي بحثاً عن مضض موضع.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد عام، سرعة التثفل:**

ارتفاع تعداد الكريات البيضاء: إنتان. ارتفاع سرعة التثفل: إنتان، ورم.

- **الأمواج فوق الصوتية:**

آفات الخصية، القيلة الدموية.

- **عينة منتصف الإفراغ البولي MSU:**

إنتان السبيل البولي المترافق مع التهاب البربخ والخصية.

- **المسحة:**

القرحة، زرع واختبار تحسس.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **التصوير الشعاعي للعمود القطني العجزي.**

الألم الرجيع نتيجة مرض تنكسي أو نقائل.

- **الدوبلر الليزري:**

فحص جريان الدم في الخصية. يكون غائباً في انفتال الخصية.

- **المسح بالتكنسيوم:**

انفتال الخصية (لا توجد حدود للخصية) مقابل التهاب البربخ والخصية (جريان دموي جيد للخصية).

- **تصوير البطن بالأمواج فوق الصوتية:**

سرطانة الكلية اليسرى (دوالي الحبل المنوي).

- **التصوير بالرنين المغناطيسي:**

آفات العمود الفقري.

- **الجراحة:**

التفريق بين الانفتال والإنتان. نادراً ما يتوفر الوقت أو المعدات لإجراء الدوبلر الليزري أو المسح بالتكنسيوم. إذا لم يتم تدبير انفتال الخصية خلال 6 ساعات من بدئه، هناك احتمال حدوث أذية دائمة في الخصية. عند وجود أي شك في التشخيص، افترض أنه انفتال خصية وقم بإجراء استقصاء جراحي للصفن.

تورمات الصفن SCROTAL SWELLINGS

إن تورمات الصفن هي من الشكاوي الشائعة التي يأتي بها مرضى العيادات الخارجية. ولذلك فهي شائعة أيضاً كموجودات أثناء الفحص السريري. من الهام أن يكون الطبيب قادراً على وضع تشخيص انفتال الخصية بسرعة واتخاذ الإجراء المناسب، أي الجراحة. كما أنه من الهام أيضاً التفريق بين التورمات ذات الإمراضية المستبطنة الخطيرة (ورم خصيوي) والتورمات البسيطة والسليمة (كيسات بربخية).

الأسباب CAUSES:

كيسة زهمية.
فتق إربى غير مباشر.
قيلة مائية.
كيسة بربخية (قيلة منوية).
التهاب البربخ والخصية.
انفتال الخصية.
ورم خصيوي.
دوالى الحبل المنوي.
قيلة دموية.
ورم حبيبى منوى.
التدرن (نادراً).
صمغة الإفرنجى (نادراً).

القصة المرضية HISTORY:

- **الكيسة الزهمية:**

قد يشكو المريض من عدة كتل مؤلمة على جلد الصفن. قد تكون هناك قصة كتلة أو عدة كتل تصبح حمراء ملتهبة وممضة مع وجود سيلان.

- **الفتق الإربي غير المباشر:**

غالباً المريض يعلم بماهية الكتلة. وربما يكون قادراً على ردها. قد يتظاهر الفتق بتورم مؤلم غير ردود بالإضافة إلى علامات الانسداد المعوي.

■ **القيلة المائية:**

تتظاهر القيلة المائية مجهولة السبب عادةً بشكل تورم صفني غير مؤلم قد يصبح كبيراً جداً. وهي تحدث عادةً بعد عمر الخمسين. أحياناً قد يتواجد الألم والانزعاج عند وجود مرض خصيوي مستبطن. المريض الأصغر سناً الذي يتظاهر بقيلة مائية يجب أن يزيد الشك بوجود خباثة مستبطنة.

■ **الكيسة البريخية:**

تتظاهر الكيسة البريخية على شكل تورم صفني غير مؤلم. قد يزداد حجم الكيسات البريخية بشكل بطيء على مدى سنوات. وقد تكون ثنائية الجانب.

■ **التهاب البربخ والخصية:**

يشكو المريض من ألم وتورم، وعادةً ما يكون أحادي الجانب. توجد عادةً أعراض جهازية من دعث وحمى. يمكن أن يترافق التهاب البربخ والخصية مع إنتان السبيل البولي وتظهر أعراض عسر التبول وتكرار التبول.

■ **انفتال الخصية:**

يحدث عادةً ما حول البلوغ. وهو نادر بعد عمر الخامسة والعشرين. يحدث بدء مفاجئ للألم في الصفن والمغبن، وقد ينتشر إلى أسفل البطن. وقد يترافق الألم بالغثيان والإقياء. قد تكون هناك قصة تمارين عنيفة، مثل التمطط في الجمباز، حمل أشياء ثقيلة أو حتى ممارسة العادة السرية. تأكد دوماً من زمن بدء الأعراض بدقة. لضمان إنقاذ الخصية، يجب القيام بالعمل الجراحي خلال 6-8 ساعات من بدء الأعراض.

■ **الورم الخصيوي:**

تحدث الأورام العجائبية بعمر 18 إلى 30 سنة، بينما تحدث الأورام المنوية بعمر بعمر 30 إلى 45 سنة. العرض الأشيع هو الشعور بثقل في الصفن مترافق مع تورم غير مؤلم. أحياناً تكون الأعراض ناجمة عن نقائل، مثلاً ألم بطني نتيجة ضخامة العقد اللمفية خلف الصفاق. أحياناً قد يكون العرض الرئيس هو اعتلال عقد لمفية بعيدة، مثلاً الرقبة.

- **دوالي الحبل المنوي:**

قد يلاحظ المريض (أو شريكه) وجود أوردة متوسعة في الصفن. غالباً العرض الوحيد هو ألم مضجر في الصفن والمغبن. ربما يشكل نقص الخصوبة أحد الأعراض

ويترافق مع دوالي حبل منوي ثنائية الجانب. تتواجد دوالي الحبل المنوي بشكل أكثر شيوعاً على الجانب الأيسر.

■ **القيلة الدموية:**

سوف تكون هناك قصة رض سابق.

■ **الورم الحبيبي المنوي:**

قد يتطور بعد 2-4 أشهر من استئصال الأسهر Vasectomy. والمريض سيشكو من عقيدة ممضة صغيرة مكان الاستئصال.

■ **التدرن:**

وهو نادر حالياً في المملكة المتحدة. ويتظاهر عادةً بكتلة صفنية تترافق مع ألم كليل ثابت. قد تكون هناك قصة تدرن رئوي أو كلوي. يمكن أن يوجد دعث، نقص وزن، نفث دموي أو بيلة دموية.

■ **صمغة الإفرنجي:**

وهي نادرة جداً، حيث يوجد تورم غير مؤلم في الخصيتين. ويجب تمييزه عن الورم الخصيوي. وقد توجد علامات الإفرنجي الأخرى.

الفحص السريري EXAMINATION:

■ **الكيسة الزهمية:**

يوجد تورم صغير أو عدة تورمات صغيرة في جلد الصفن. وتكون هذه التورمات متوترة وكروية. بما أن جلد الصفن المشدود فوق التورم رقيق، يمكن رؤية المادة الجبنية الصفراء الموجودة ضمن التورم. قد توجد نقطة تعلو الكيسة.

■ **الفتق الإربي غير المباشر:**

إن الفتوق التي تنزل إلى الصفن هي غير مباشرة بشكل دائم. وهي قد تكون ردودة. من المستحيل تمرير اليد فوق التورم. تحدث دفعة تمددية عند السعال وقد تُسمع الأصوات المعوية فوق الفتق.

■ **القيلة المائية:**

عادةً ما تكون القيلة المائية أحادية الجانب. وقد تصبح كبيرة جداً. تكون القيلة المائية متموجة وشفوفة على الضوء وتعطي أصمية بالقرع. وإذا كانت كبيرة قد يوجد

هرير للسائل بداخلها. لا يمكن جس الخصية بشكل منفصل عن القيلة المائية. من الممكن تمرير اليد فوق التورم باستثناء القيلات المائية عند الرضع، عندما يمتد السائل إلى الفوهة الإربية الباطنة.

- **الكيسة البربخية:**

توجد الكيسة البربخية عادةً فوق وخلف الخصية. ويمكن جس الخصية بشكل منفصل عنها. غالباً يتم الشعور بالكيسة البربخية على أنها مفصصة لأن السائل يكون غالباً ضمن فجوات. تكون الكيسة البربخية متموجة. الكيسات التي تحتوي سائلاً رائقاً تكون شفوفة على الضوء. بينما الكيسات الحاوية على سائل حليبي براق تدعى بالقيلات المنوية وهي ليست شفوفة على الضوء.

- **التهاب البربخ والخصية:**

يكون جلد الصفن حاراً، محمراً ومتوذماً. ويقتصر المضض في البداية على البربخ لكنه ينتشر لاحقاً ليشمل الخصية.

- **انفتال الخصية:**

يكون جلد الصفن عادةً حاراً، محمراً ومتوذماً. وتكون الخصية ممضة بشكل شديد وغالباً ما تكون منسحبة للأعلى باتجاه المغبن.

- **الورم الخصيوي:**

يوجد تورم قاسٍ غير منتظم في الصفن. يلاحظ المريض غالباً وجود الكتلة عندما تكون صغيرة جداً لكن في حالات أخرى قد تصبح الكتلة كبيرة جداً قبل أن يراجع بها المريض. من النادر أن يُترك الورم ليصل إلى مرحلة متقدمة حيث يتصل بجلد الصفن. ابحث عن عقد جانب أبهرية مجسوسة. افحص العقد الرقبية، خصوصاً في الحفرة فوق الترقوة اليسرى. تحدث نقائل الأورام الخصيوية إلى العقد جانب الأبهر، العقد المنصفية، وأحياناً إلى العقد الرقبية. لا تصاب العقد المغبنية حتى يغزو الورم جلد الصفن، وهذا نادر الحدوث.

- **دوالي الحبل المنوي:**

يمكن جس دوالي الحبل المنوي فقط عندما يكون المريض بوضعية الوقوف. عندها تصبح الأوردة المتوسعة مرئية ومجسوسة. يُقال أنه يتم الشعور بها وكأنها (جراب من الديدان) لكن فعلياً يتم الشعور بها بشكل سباغيتي ساخنة. الجانب الأيسر هو الموضع الأشيع للإصابة.

■ **القيلة الدموية:**

يوجد تورم متوتر، ممض ومتموج. قد تكون هناك كدمة واضحة على الصفن. لا يمكن الشعور بالخصية بشكلٍ منفصل لأن الدم يحيط بها ضمن طبقات الغلالة الغمدية.

■ **الورم الحبيبي المنوي:**

توجد عقيدة صغيرة، ممضة ومؤلمة في موضع إجراء استئصال الأسهر.

■ **التدرن:**

عادةً يكون التورم مقتصراً على البربخ، حيث توجد كتلة صلبة. يكون الحبل المنوي والأسهر متثخنين. وأحياناً قد يتشكل جيب. ابحث عن علامات التدرن الرئوي في الصدر. افحص العنق بحثاً عن ندبات (نزح عقدة لمفية بسبب خراج بارد) أو عن اعتلال عقد لمفية.

■ **صمغة الإفرنجي:**

الصمغة عبارة عن تورم غير مؤلم يشمل كامل الخصية. قد توجد علامات الإفرنجي الأخرى.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

● **تعداد عام، سرعة التثفل:**

انخفاض الخضاب: مرض مزمن، مثل التدرن. ارتفاع تعداد الكريات البيضاء: إنتان، مثل التهاب البربخ والخصية، انفتال الخصية. ارتفاع سرعة التثفل: تدرن، إفرنجي، ورم.

● **صورة الصدر الشعاعية:**

التدرن، توضعات ثانوية لورم خصيوي.

● **عينة منتصف الإفراغ البولي MSU:**

إنتان السبيل الدموي المترافق مع التهاب البربخ والخصية.

● **التصوير بالأمواج فوق الصوتية:**

كتلة صلبة مقابل كتلة كيسية. القيلة المائية مقابل الكيسة البربخية. قم دوماً باستخدام الأمواج فوق الصوتية لفحص الخصية المستبطنة لدى مريض شاب لديه قيلة مائية رخوة لإمكانية وجود ورم مستبطن.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATION:

- **الواسمات الورمية:**

(AFP)، (βHCG)، (LDH).

- **عينة بول الصباح الباكر EMSU:**

التدرن.

- **اختبار مخبر أبحاث الأمراض الزهرية VDRL:**

صمغة الإفرنجية.

- **تصوير البطن بالأمواج فوق الصوتية:**

سرطان الكلية اليسرى الذي يغزو الوريد الكلوي الأيسر، والمترافقة مع دوالي الحبل المنوي الأيسر.

- **الدوبلر الليزري*:**

انفتال الخصية مقابل التهاب البربخ والخصية.

- **المسح بالتكنسيوم*:**

انفتال الخصية مقابل التهاب البربخ والخصية.

- **الجراحة:**

التمييز بين انفتال الخصية والتهاب البربخ والخصية.

- **التصوير بالرنين المغناطيسي:**

إن تصوير البطن والصدر بالرنين المغناطيسي يمكن أن يؤكد اعتلال العقد اللمفية المترافق مع وجود توضعات ثانوية من الأورام الخصيوية.

* نادراً ما يتوفر الوقت أو المعدات لإجراء هذه الاستقصاءات. عند وجود أي شك في التشخيص، افترض أنه انفتال خصية وقم بإجراء استقصاء جراحي للصفن.

الصدمة SHOCK

إن الصدمة هي اضطراب في الدوران يؤدي إلى نقص تروية الأعضاء وأكسجة النسج.

الأسباب CAUSES:

نقص الحجم:

النزف.

الحروق.

ضياعات السبيل الهضمي.

قلبية المنشأ:

احتشاء العضلة القلبية.

أذية صمامية حادة.

اللانظميات.

توزيعية:

الإنتان.

التأق.

الصدمة العصبية (أذية العمود الفقري).

انسدادية:

السطام القلبي.

الصمة الرئوية الكبيرة.

الريح الصدرية الموترة.

القصة المرضية HISTORY:

■ **الرض:**

إن الرض هو أحد المظاهر وثيقة الصلة في القصة المرضية، حيث أن النزف يترافق دوماً مع الرضوض النافذة. يجب تقييم مكان النزف وتقدير كمية الدم الضائعة. يترافق الرض الكليل للصدر مع حدوث ريح صدرية موترة، كدمة قلبية وسطام قلبي. يمكن أن

يؤدي الرض على الحوض والعظام الطويلة إلى حدوث كسور مغلقة، مما يسبب نزفاً كبيراً لا يكون واضحاً للعيان دائماً. يمكن أن تحدث الأذية الحرارية لدى المرضى الذين تعرضوا للحرائق، انفجارات سخّانات المياه وانفجارات الغاز. إن بدء الشلل بشكل حاد بعد الرض قد يكون نتيجة أذية الأعصاب الشوكية أو المحيطية. إن تمزق السبيل الودي النازل بأذية العمود الفقري يؤدي إلى نقص المقوية المحركة الوعائية وبالتالي حدوث انخفاض توتر شرياني.

■ **عسر التنفس:**

بالرغم من أن تسرع التنفس هو من المرافقات الفيزيولوجية لضياع الدم، إلا أنه عندما يكون عسر التنفس هو العرض الرئيس، يجب التفكير بوذمة الرئة كسبب للصدمة قلبية المنشأ. بالإضافة لذلك، يعد عسر التنفس مظهراً بارزاً لكل أسباب الصدمة الانسدادية.

■ **الألم الصدري:**

لقد تم سابقاً ذكر نتائج الرض الكليل على الصدر. في حال غياب الرض. فإن وجود الألم الصدري يجب أن يقود للتفكير باحتشاء العضلة القلبية (ألم عاصر مركزي) والصمة الرئوية (ألم جنبي).

■ **العوامل المؤهبة:**

في بعض الأحيان يكون المرضى على علمٍ بالمؤرجات التي تحرض حدوث التأق لديهم. في المجتمع، تعد المنتجات الغذائية (المحار، البيض، الفول السوداني) وسم الحشرات (النحل، الدبابير) من الأسباب الشائعة. في المستشفى، العوامل المحرضة الرئيسة هي البينسيللين، الأدوية المخدرة والمواد الظليلة الوريدية. إن الاستقصاء الجهازي المفصل بحثاً عن وجود حالة إنتانية يمكن أن يظهر بؤرة الإصابة لدى المرضى المصابين بصدمة إنتانية. إن وجود قصة إقياء غزير، إسهال أو انسداد معوي (إقياء، إمساك، ألم بطني قولنجي وانتفاخ البطن) ستشير إلى حدوث ضياع من السبيل الهضمي كسبب لنقص الحجم.

الفحص السريري EXAMINATION:

■ **التأمل:**

يجب إجراء تأمل شامل للجسم، قد تكون الحروق وأماكن النزف من رض نافذ واضحة للعيان. الزرقة هي من أعراض الصمة الرئوية الكبيرة والريح الصدرية الموترة. يبدي مرضى التأق غالباً وذمة وعائية وشرى.

■ **درجة الحرارة:**

عموماً يكون مريض الصدمة بارداً ومتعرقاً. مع ذلك، في الصدمة الإنتانية يكون الجلد دافئاً ويكون المريض عادةً محموماً.

■ **النبض:**

يعد تسرع القلب أبكر مؤشر قابل للقياس في الصدمة، مع ذلك، قد لا يتسرع النبض في حالات الصدمة العصبية. عادةً يكون النبض ضعيفاً. يمكن للنظم أن يقترح وجود اللانظميات كعامل مؤهب في الصدمة قلبية المنشأ. يتوافق النبض التناقضي (انخفاض سعة النبض أثناء الشهيق) مع السطام القلبي.

■ **ضغط الوريد الوداجي:**

إن انخفاض ضغط الوريد الوداجي هو علامة مميزة مفيدة لصدمة نقص الحجم، حيث أن ضغط الوريد الوداجي سيكون مرتفعاً بالعادة في جميع أسباب الصدمة قلبية المنشأ والصدمة الانسدادية.

■ **الإصغاء:**

في الصدمة التأقية قد يكون تشنج القصبات وبالتالي الوزيز من الموجودات البارزة. إن غياب الأصوات التنفسية في جانب واحد يشير إلى وجود ريح صدرية، في حين أن خفوت أصوات القلب هو من مظاهر السطام القلبي. قد يكون ظهور نفخات جديدة نتيجةً لحدوث قصور صمامي حاد كسبب للصدمة قلبية المنشأ.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

• **مقياس الأكسجة النبضي:**

رغم أن نقص الإشباع بحد ذاته ليس علامة مميزة جداً، فإن النقص الشديد في الإشباع الأوكسجيني يترافق مع الصمة الرئوية والريح الصدرية. يمكن التأكد من ذلك بقياس غازات الدم الشرياني.

- **تعداد عام:**

عند حدوث ضياع دموي يمكن ملاحظة انخفاض قيم الخضاب، رغم أنه لن يحدث مباشرةً. يحدث ارتفاع تعداد الكريات البيضاء في الإنتان. لسوء الحظ، فإنه يرتفع أيضاً في معظم أسباب الشدة الفيزيولوجية الحادة.

- **البولة والكهارل:**

عند حدوث ضياع كبير من السبيل الهضمي، فالاضطرابات الملاحظة عادةً هي انخفاض صوديوم وبوتاسيوم المصل بالترافق مع ارتفاع البولة والكرياتينين.

- **تخطيط القلب الكهربائي:**

قد يُظهر مخطط القلب الكهربائي وجود احتشاء عضلة قلبية أو لا نظميات على أنها السبب المرضي. إن التناوب الكهربائي (مركبات QRS كبيرة وصغيرة بالتناوب) هو دليل نوعي للسطام التاموري. من الشائع في الانصباب التاموري الكبير وجود مركبات منخفضة السعة بشكل واسع.

- **صورة الصدر الشعاعية:**

وهي قد تُظهر وجود ريح صدرية مع انحراف الرغامى (مع أنه يجب وضع تشخيص الريح الصدرية الموترة سريرياً وتدبيرها قبل إجراء صورة الصدر الشعاعية). قد يكون ظل القلب كروياً عند وجود الانصباب التاموري، مع ذلك يبقى تشخيص السطام محتملاً حتى بوجود صورة صدر شعاعية طبيعية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **زرع الدم:**

إن زرع الدم والزرع من الأماكن النوعية يعد أساسياً وضرورياً عند الاشتباه بالصدمة الإنتانية. حيث قد يتم عزل المتعضيات الممرضة.

- **تصوير القلب بالأمواج فوق الصوتية:**

إن إيكو القلب قادر على إظهار سوء الوظيفة الدسامية، وجود السطام والصمة الرئوية الكبيرة (عند وجود قصور قلب أيمن).

- **تصوير الأوعية الرئوية:**

وهو يُفضل على مسح التروية/ التهوية في تشخيص الصمة الرئوية في حال وجود الصدمة، وذلك لإمكانية القيام بإجراءات علاجية طارئة (مثل حل الخثرة).

- **تصوير العمود الفقري بالطبقي المحوسب/ وبالمرنان المغناطيسي:**

وهذا قد يكون مطلوباً لتحديد الإصابة وتقييم شدتها.

ضخامة الطحال SPLENOMEGALY

حتى يصبح بالإمكان جس الطحال سريرياً يجب أن يصل حجمه إلى حوالي 3 أضعاف الطبيعي. يتم الشعور بالحافة السفلية للطحال بشكل حافة مثلمة عند الجس. قد يصبح حجم الطحال كبيراً جداً بحيث يمكن جسه في الحفرة الحرقفية اليمنى. إن ضخامة الطحال الشديدة في المملكة المتحدة من المحتمل أن تكون ناجمة عن الابيضاض النقوي المزمن، تليف نقي العظم أو اللمفوما. قد تؤدي ضخامة الطحال إلى حدوث فرط الطحالية، أي نقص شامل في تعداد كريات الدم حيث تحتجز الخلايا الدموية في الطحال مفرط الفعَّالية وتتحطم.

الأسباب CAUSES:

إنتانية:

جرثومية:
- التيفوئيد.
- حمى التيفوس.
- التدرن.
- إنتان الدم.
- الخراجات.

فيروسية:
- الحمى الغدية.

الملتويات:
- الإفرنجي.
- داء البريميات.

الأوالي:
- الملاريا.

الطفيليات:
- الكيسة المائية.

التهابية:

- التهاب المفاصل الرثياني.
- الساركوئيد.
- الذأب.
- النشواني.

تنشؤية:

الابيضاض.

اللمفوما.

كثرة الكريات الحمراء الحقيقية.

تليف نقي العظم.

الأورام البدئية.

النقائل.

الأمراض الانحلالية:

تكور الكريات الوراثي.

فقر الدم الانحلالي المكتسب.

فرفرية نقص الصفيحات.

أمراض الخزن:

داء غوشر.

الأمراض العوزية:

فقر الدم الوبيل.

فقر الدم بعوز الحديد الشديد.

فرط توتر الوريد الطحالي:

تشمع الكبد.

خثار الوريد الطحالي.

خثار وريد الباب.

الكيسات غير الطفيلية.

القصة المرضية HISTORY:

■ الأمراض الإنتانية:

تتظاهر معظم الأسباب الإنتانية بالحمى، الدعث والقهم. عند الإصابة بحمى التيفوس ستكون هناك قصة سفر للخارج. ينتقل التيفوس بين مضيف وآخر بواسطة مفصليات الأرجل، يشكو المريض من أعراض جهازية شديدة من صداع، إقياء، رهاب

الضوء والانسمام الدموي. عند الإصابة بالتيفوئيد عادةً توجد قصة سفر للخارج أو أنها تحدث في مجتمع المهاجرين. وهناك قصة دعث، صداع، حمى، سعال، إمساك في البداية ثم إسهال. قد يوجد رعاف وألم بطني. يتظاهر التدرن عادةً بنقص وزن، تعرق ليلي وسعال. إذا كان إنتان الدم هو المسؤول، عادةً يوجد سبب واضح، والمريض موجود مسبقاً في المستشفى. عند الإصابة بخراج طحالي قد توجد قصة التهاب شغاف قلب، خراجات رئوية، سوء استعمال الأدوية، أو يمكن أن يحدث لدى مريض مضعف المناعة. إن الإصابة بالإفرنجي نادرة وقد توجد قصة تماس. عند الإصابة بداء البريميات غالباً هناك قصة تماس مع الجرذان، خصوصاً عند السباحة في الأنهار التي تتواجد على ضفافها الجرذان. والأعراض الرئيسة هي الحمى، اليرقان، الصداع، نفث الدم والبيلة الدموية. عند الإصابة بالملاريا هناك عادةً قصة سفر إلى مناطق استيطان المرض. يتظاهر المرض عادةً خلال شهرين من السفر للخارج بدعث، ألم عضلي، تعرق، برودة، ويليها حدوث عرواءات، حمى مرتفعة وتعرق غزير جداً. إن المناطق الأشيع للإصابة بالداء العداري هي المزارع الريفية للخراف، مثل ويلز. العرض الأشيع هو التظاهر بكيسة في الرئة مما يؤدي إلى الزلة، النفث الدموي أو التأق.

■ الأمراض الالتهابية:

قد يكون التهاب المفاصل الرثياني ظاهراً. يمكن أن يتظاهر الساركوئيد باعتلال العقد اللمفية، الحمى والدعث، بالإضافة إلى ضخامة الكبد والطحال. قد يتظاهر الذأب بأعراض متقلبة مع اضطرابات جلدية، عضلية هيكلية، كلوية، رئوية ودموية. قد يكون الداء النشواني بدئياً أو ثانوياً. وقد تكون هناك مظاهر جلدية، مخية، قلبية أو غدية صماوية. عند الإصابة بالداء النشواني الثانوي قد توجد قصة إنتان مزمن، مثل التدرن، أو مرض التهابي، مثل التهاب المفاصل الرثياني، أو تنشؤ. وهو يصيب عادةً الكلية والكبد بالإضافة إلى الطحال.

■ الأمراض التنشؤية:

غالباً هناك علامات عامة للخباثة. غالباً سيوجد دعث عام مع نقص وزن، وعند الإصابة باللمفوما ستوجد قصة تعرق ليلي. قد يكون هناك أيضاً ميل لتشكل كدمات عفوية. إن الأورام البدئية في الطحال والنقائل الطحالية نادرة.

■ **الأمراض الانحلالية:**

تتظاهر الأمراض الانحلالية عادةً بأعراض فقر الدم، وعلى وجه التحديد الإرهاق والدعث. قد يحدث اليرقان، رغم أنه غالباً ليس شديداً جداً. بل يعطي لوناً أصفراً باهتاً على الجلد فحسب. عند حدوث تحطم مفرط للكريات الحمراء، يمكن أن تتشكل الحصيات الصباغية في المرارة وقد يتظاهر المرض الانحلالي بالتهاب مرارة حاد.

■ **أمراض الخزن:**

بالإضافة إلى ضخامة الكبد والطحال المتغيرة، قد تتظاهر أمراض الخزن باضطرابات عصبية، تشوهات هيكلية أو تراجع عقلي.

■ **الأمراض العوزية:**

قد توجد قصة فقر دم وبيل. وتكون ضخامة الطحال خفيفة عادةً. عند وجود فقر دم بعوز الحديد قد يكون هناك عوز غذائي، سوء امتصاص أو ضياع دموي. ابحث عن قصة ضياع دموي.

■ **فرط توتر الوريد الطحالي:**

قد تكون هناك قصة واضحة، حيث يوجد تشمع كبد وعلامات القصور الكبدي. إن خثار الوريد الطحالي المعزول نادر الحدوث.

■ **الكيسات غير الطفيلية:**

وهي نادرة لكنها قد تنشأ عن الأورام الدموية المتعضية، الاحتشاءات أو الالتهاب. وتشكل عادةً موجودات معزولة عند استقصاء المريض من أجل حالات أخرى.

الفحص السريري EXAMINATION :

■ **بشكل عام:**

يبدو الطحال أسفل حافة الضلع العاشرة في الجانب الأيسر ويتضخم باتجاه السرة. إن الطحال صلب وناعم وعادةً يحوي ثلمة على حافته العلوية. وهو يتحرك بالتنفس. كما أنه يعطي أصمية بالقرع، ومن المستحيل تمرير اليد فوقه.

■ **الأمراض الإنتانية:**

عند الإصابة بالتيفوس تكون ضخامة الطحالية معتدلة. وغالباً يكون المريض انسمامياً مع ظهور طفح حطاطي لطخي معمم. عند الإصابة بالتيفوئيد توجد ضخامة

طحال معتدلة، ويكون المريض محموماً ولديه مضض بطني وبقع وردية على الجذع. أيضاً في التدرن تكون ضخامة الطحال معتدلة. وقد تكون هناك علامات صدرية. في إنتان الدم يوجد عادةً سبب واضح وتكون ضخامة الطحال معتدلة أيضاً. عند وجود خراج طحالي، ضخامة الطحال معتدلة أيضاً وقد يكون الطحال ممضاً وغير منتظم بالجس. عند الإصابة بالحمى الغدية سيكون المريض محموماً مع وجود اعتلال عقد لمفية، وأحياناً يوجد طفح، خاصةً إذا كان المريض قد أُعطي الأمبيسيللين. وتكون ضخامة الطحال معتدلة. عند الإصابة بالإفرنجي قد توجد حمى، دعث، اعتلال عقد لمفية، وطفح على الجذع والراحتين والأخمصين. نادراً ما يوجد التهاب كبد، أعراض سحائية والتهاب عنبية. عند الإصابة بداء البريميات اليرقاني النزفي يكون المريض عادةً عليلاً ومصاباً بالحمى، واليرقان ويظهر لديه طفح فرفري. قد توجد علامات التهاب سحايا. وقد تكون العضلات ممضة (التهاب عضلات). كما قد توجد علامات قصور كلوي حاد. عند الإصابة بالملاريا يوجد غالباً فقر دم، يرقان وضخامة كبد وطحال. عند الإصابة بالداء العداري يكون الكبد عادةً أكثر إصابة من الطحال. وقد تكون هناك ضخامة كبد بالإضافة إلى ضخامة الطحال.

■ الأمراض الالتهابية:

عند وجود مرض التهابي نادراً ما تكون ضخامة الطحال كبيرة. قد تكون تبدلات التهاب المفاصل الرثياني ظاهرة في مناطق أخرى من الجسم. عند الإصابة بالساركوئيد قد يوجد اعتلال عقد لمفية بالإضافة إلى ضخامة الكبد والطحال. عند الإصابة بالذأب قد توجد مظاهر جلدية بالإضافة إلى المظاهر العضلية الهيكلية، الكلوية والرئوية. عند الإصابة بالنشواني، بالإضافة إلى ضخامة الكبد والطحال، يمكن أن توجد علامات متلازمة نفق الرسغ، اعتلال أعصاب محيطية، فرفرية وضخامة اللسان.

■ الأمراض التنشؤية:

قد تكون هناك ضخامة طحال شديدة مترافقة مع الابيضاض النقوي المزمن، تليف نقي العظم واللمفوما. قد تظهر علامات أخرى مثل اعتلال العقد اللمفية والكدمات العفوية.

■ الأمراض الانحلالية:

قد يكون لدى المريض يرقان خفيف بالترافق مع ضخامة طحال معتدلة. قد يكون الطفح الفرفري ظاهراً عند الإصابة بفرفرية نقص الصفيحات.

■ **أمراض الخزن:**

هذه الأمراض نادرة الحدوث. قد توجد علامات قصور قلبي، تشوهات هيكلية أو اضطرابات عصبية.

■ **فرط توتر الوريد الطحالي:**

قد تظهر علامات القصور الكبدي، مثل الوحمات العنكبوتية، الراحة الكبدية، رأس الميدوسا واليرقان.

■ **الكيسات غير الطفيلية:**

قد تكون العلامة الوحيدة هي ضخامة الطحال.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

• **تعداد عام، سرعة التثفل، لطاخة دموية:**

انخفاض الخضاب: فاقات الدم. ارتفاع الخضاب: كثرة الكريات الحمر. ارتفاع تعداد الكريات البيضاء: إنتان، ابيضاض، خراج. ارتفاع سرعة التثفل: إنتان، خباثة. انخفاض تعداد الكريات البيضاء وانخفاض تعداد الصفيحات: فرط الطحالية. ارتفاع PCV: كثرة الكريات الحمر. ارتفاع الحجم الوسطي للكرية الحمراء: فقر الدم الوبيل. اللطاخة الدموية: تكور الكريات الحمر، الملاريا.

• **البولة والكهارل:**

ارتفاع البولة، ارتفاع الكرياتينين: قصور كلوي، مثل داء البريميات، النشواني، إنتان الدم.

• **اختبارات وظائف الكبد:**

تشمع الكبد.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

• **العامل الرثياني:**

التهاب المفاصل الرثياني.

• **اختبار بول - بونيل:**

الحمى الغدية.

- **اختبار مخبر ابحاث الأمراض الزهرية:**

الإفرنجي.

- **حديد المصل وفيريتين المصل:**

تنخفض في فقر الدم بعوز الحديد.

- **اضداد الخلية الجدارية:**

فقر الدم الوبيل.

- **فيتامين B12 المصلي:**

فقر الدم الوبيل.

- **زرع الدم:**

إنتان الدم، داء البريميات، التيفوئيد.

- **زرع البراز:**

التيفوئيد.

- **زرع البول:**

التيفوئيد، داء البريميات.

- **زرع السائل الدماغي الشوكي:**

داء البريميات.

- **اختبار تثبيت المتممة:**

داء البريميات.

- **مقايسة الامتصاص المناعي المرتبط بالإنزيم/ التألق المناعي:**

التيفوس.

- **رشافة نقي العظم:**

تليف نقي العظم، كثرة الكريات الحمر، الابيضاض، داء غوشر.

- **التصوير بالأمواج فوق الصوتية:**

أسباب ضخامة الطحال، مثل كيسة، ورم، ضخامة منتشرة، تشمع الكبد.

- **التصوير الطبقي المحوسب:**

أسباب ضخامة الطحال، مثل كيسة، ورم، ضخامة منتشرة، تشمع الكبد.

STEATORRHOEA الإسهال الدهني

تشير عبارة الإسهال الدهني إلى مرور كميات مفرطة من الدسم في البراز. الأسباب مذكورة بالأسفل، بحسب الإمراضية.

الأسباب CAUSES :

عوز اللبياز:

اضطراب الإفراز، التهاب معثكلة مزمن.

تثبيط – فرط إفراز الحمض المعدي.

عوز الصفراء:

نقص الإنتاج: أمراض كبدية، انسداد: يرقان انسدادي،

زيادة التدرك: فرط النمو الجرثومي.

أمراض المخاطية:

استئصال الدقاق.

الداء الزلاقي.

داء كرون.

اضطراب نقل الدسم:

عوز بيتا ليبوبروتين الدم.

اضطراب اللمف:

اللمفوما.

داء ويبل.

القصة المرضية HISTORY :

يعاني مرضى الإسهال الدهني غالباً من كون البراز ضخماً، لزجاً ودهنياً كما أنه يطفو على الماء ومن الصعب غسله في أغلب الأحيان. الإسهال هو العرض المرافق عادةً (انظر صفحة 125) من أجل معظم الأسباب. إن وجود اليرقان مع براز شاحب وبول غامق يشير إلى انسداد مجرى الصفراء، والتي تُعد أساسية من أجل امتصاص الدسم والفيتامينات المنحلة بالدسم. إن أسباب اليرقان والمقاربة التشخيصية له مذكورة في الصفحة 281.

■ الألم البطني:

يشكو مرضى التهاب المعثكلة المزمن من ألم شرسوفي مبهم قد ينتشر إلى الظهر ويسوء عادةً بالطعام. إن الألم الشرسوفي الذي يتفاقم بالطعام قد يكون عرضاً في متلازمة زولينجر - أليسون، والتي تؤدي لفرط إفراز الحمض المعدي (إنقاص pH الكيموس المعدي) مما يؤدي لتثبيط إفراز الليباز. تتظاهر هذه المتلازمة عادةً بأعراض قرحة هضمية مستعصية على العلاج الدوائي. غالباً يتم الشعور بالآلام البطنية المترافقة مع داء كرون في الحفرة الحرقفية اليمنى نتيجة التهاب الدقاق الناحي.

■ الأعراض المرافقة:

قد يعاني مرضى الداء الزلاقي أيضاً من تأخر النمو، عوز غذائي يسبب فقر دم وضموراً عضلياً. وتتضمن الأعراض الأخرى الألم العظمي نتيجة زوال التمعدن. رنح مخيخي واعتلال أعصاب محيطية. ينتج داء ويبل عن الخمج بجراثيم Tropheryma Weppilleii ومن أعراضه المتغيرة آلام المفاصل، الحمى، تصبغ الجلد واعتلال العقد اللمفية المحيطية. الإسهال الدهني هو العرض الرئيس عند الإصابة بلمفوما معوية. وقد تترافق مع آلام بطنية وحمى وتتظاهر أحياناً بانسداد معوي. إن القرحات الفموية، خراجات ما حول الشرج، آلام الحفرة الحرقفية اليمنى والنزف الهضمي السفلي هي من الأعراض التي يشكو منها مرضى داء كرون. إن الرنح والعشى الليلي نتيجة التهاب الشبكية الصباغي قد ينجم عن عوز بيتا ليبو بروتين الدم، والذي ينتج بدوره عن غياب أبوليبوبروتين B مما يؤدي إلى اضطراب تشكل الدقائق الكيلوسية.

■ القصة المرضية السابقة:

إن استئصال الدقاق الانتهائي جراحياً سيؤهب المريض لحدوث سوء امتصاص الدسم نتيجة نقص الدوران المعوي الكبدي للأملاح الصفراوية. وأكثر من ذلك، عند نقص طول الأمعاء ذات الوظيفة الامتصاصية، ينقص زمن العبور المعوي وبالتالي ينقص امتصاص الدسم. إن الحالات المترافقة مع الركودة المعوية، نقص الحركية المعوية ونقص إفراز الحمض المعدي تؤهب لحدوث فرط نمو جراثيم الأمعاء وزيادة تدرك الأملاح الصفراوية.

الفحص السريري EXAMINATION:

يترافق الإسهال الدهني غالباً مع سوء الامتصاص ولذلك قد يبدو المريض هزيلاً. قد تنتج القرحات الفموية عن داء كرون أو الداء الزلاقي. يترافق تبقرط الأصابع مع داء كرون، تشمع الكبد، الداء الزلاقي والداء الليفي الكيسي، وهذا الأخير يترافق مع قصور إفراز المعثكلة الخارجي. قد يوجد اليرقان عند انسداد القناة الصفراوية والإصابة بالأمراض الكبدية (انظر صفحة 281). قد تنجم الكدمات عن اضطراب التخثر نتيجة عوز الفيتامين K، كما أن الآلام العظمية قد تكون ثانوية لتلين العظم الناجم عن عوز الفيتامين D. قد يُشاهد الطفح النموذجي لالتهاب الجلد حلئي الشكل عند الإصابة بالداء الزلاقي. الحمامى العقدة هي من مظاهر داء كرون وقد تترافق مع وجود مضض في الحفرة الحرقفية اليمنى، خراجات ونواسير ما حول الشرج. قد توجد ضخامة الكبد في الأمراض الكبدية، وضخامة الطحال في اللمفوما المعوية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تقدير كمية الدسم في البراز:**

يتم جمع البراز لمدة 3 أيام مع اتباع حمية تحوي 50 غ أو أكثر من الدسم يومياً. إن القيمة الطبيعية لدسم البراز هي أقل من 7 غ باليوم.

- **تعداد عام ولطاخة دموية:**

ارتفاع تعداد الكريات البيضاء: التهاب فعّال، توجد الكريات الحمر المشوكة في اللطاخة الدموية عند الإصابة بعوز بيتا ليبوبروتين الدم.

- **سرعة التثفل:**

تكون مرتفعة في داء كرون الحاد.

- **اختبارات وظائف الكبد:**

ارتفاع البيليروبين والفوسفاتاز القلوية: يرقان انسدادي. ارتفاع الترانس أميناز: مرض كبدي برانشيمي. ارتفاع الألبومين: متلازمات سوء الامتصاص.

- **سكر الدم:**

يكون مرتفعاً في الداء السكري، الذي يُعد اختلاطاً لالتهاب المعثكلة المزمن.

- **اميلاز المصل:**

يكون طبيعياً عادةً في التهاب المعثكلة المزمن، لكنه قد يرتفع إذا كان التهاب المعثكلة المزمن مترافقاً مع تكرر نوبات حادة من التهاب المعثكلة.

- **أضداد الغليادين، الإندوميزيوم والريتيكولين:**

لكشف الداء الزلاقي.

- **صورة البطن الشعاعية:**

تبدي وجود تكلسات في التهاب المعثكلة المزمن.

- **خزعة الصائم:**

يوجد ضمور زغابي تحت تام وفرط تصنع في الخبيئات عند الإصابة بالداء الزلاقي، وهذه الموجودات عكوسة عند اتباع حمية خالية من الغلوتين. يوجد توسع في الأوعية اللمفية وتظهر البالعات الكبيرة ذات تلوين PAS الإيجابي عند الإصابة بداء ويبل. يكون هناك غياب للزغابات مع ارتشاح بالخلايا اللمفاوية في الصفيحة الخاصة بالإضافة إلى دليل على وجود خباثة عند الإصابة باللمفوما المعوية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **اختبارات النفس بالحمض الصفراوي الموسوم بالكربون C^{14}:**

اختبار مسح عن فرط النمو الجرثومي.

- **قياس غاسترين المصل:**

متلازمة زولينجر – أليسون.

- **رحضة الأمعاء الدقيقة:**

في حال وجود تضيقات، آفات قافزة، شقوق ونواسير في داء كرون.

- **تنظير الكولون:**

يوجد احتقان مخاطية، هشاشة، تقرح ونزف تماسي في داء كرون.

- **تصوير البطن بالطبقي المحوسب:**

يوجد اعتلال العقد اللمفية البطنية في اللمفوما.

الصرير STRIDOR

إن الصرير عبارة عن صوت تنفسي مرتفع اللحن ينتج عن انسداد الطريق الهوائي العلوي.

الأسباب CAUSES:

خلقية:

تلين الحنجرة (تلين الحنجرة الخلقي).

مكتسبة:

جسم أجنبي.

وذمة الحنجرة:

ـ تأق.

ـ أذية استنشاقية.

إنتان:

ـ التهاب لسان المزمار.

ـ خراج خلف البلعوم.

طبية المنشأ:

ـ تضيق ما بعد فغر الرغامى.

ـ تضيق ما بعد التنبيب.

ـ ما بعد الجراحة على الدرق.

التهاب المفصل الحلقي الطرجهالي الرثياني.

سلعة درقية.

خباثة: انسداد داخل اللمعة:

ـ الحنجرة.

ـ الرغامى.

ـ القصبات.

انضغاط خارجي:

ــ عقد خبيثة.

شلل الحبل الصوتي ثنائي الجانب:

ــ سكتة جذع الدماغ.

ــ سرطانة الدرق.

ــ سرطانة المري.

القصة المرضية HISTORY:

■ البدء:

إن البدء المفاجئ للصرير يشير عادة إلى استنشاق جسم أجنبي. ويترافق ذلك مع نوب عنيفة من السعال، مع إمكانية الحصول على قصة واضحة من قبل شاهد ما. يشير الصرير إلى حدوث انسداد جزئي، بينما يكون الانسداد التام للطريق الهوائي العلوي صامتاً. إن الصرير الذي يتطور خلال فترة ثوان إلى دقائق قد يكون ناجماً عن وذمة الحنجرة بسبب تفاعل تأقي. وهذا ما يترافق مع حدوث شرى ووذمة وجهية. يجب أن تقود الأسئلة مباشرة إلى تحديد المؤرجات المعروفة ويتم البدء بالعلاج دون أي تأخير. إن السبب الأشيع للصرير لدى الرضع هو تلين الحنجرة. خلال الشهيق يحدث التفاف شديد في لسان المزمار والطيات الطرجهالية المزمارية نتيجة ضعف الدعم الغضروفي. يزيد عطف الرأس من الصرير، بينما يتحسن انفتاح الطرق الهوائية في وضعية الاستلقاء وعند بسط الرأس. يتراجع الصرير تدريجياً لدى معظم الرضع خلال 2-3 أشهر.

■ العوامل المؤهبة:

قد توجد عوامل مؤهبة واضحة في حالات الصرير طبية المنشأ. قد يحدث تضيق الحنجرة كاختلاط للتنبيب طويل الأمد ولفغر الرغامى. إن انسداد الطريق الهوائي العلوي الذي يحدث مباشرة بعد العمل الجراحي على الدرق قد يكون ناجماً عن وذمة الحنجرة، ورم دموي وأذية عصبية ناكسة ثنائية الجانب. قد يعاني المرضى الناجون من الحرائق من أذيات استنشاقية نتيجة الحرارة المرتفعة للغازات المستنشقة.

■ **الأعراض المرافقة:**

قد يحدث الانسداد التنفسي عند وجود ضخامة شديدة في اللوزتين، كما يحدث في الحمى الغدية، أو عند وجود خراج خلف البلعوم كاختلاط. قد يلاحظ المرضى وجود تورم في العنق عند وجود سلعة درقية وهؤلاء المرضى إما أن يكونوا ذوي وظيفة درقية سوية أو أن يشكوا من أعراض اضطراب الوظيفة الدرقية (انظر صفحة 204). يترافق التهاب المفاصل الرثياني مع آلام مفصلية، يبوسة وتشوهات. وقد يكون الصرير المرافق ناجماً عن إصابة المفصل الحلقي الطرجهالي. قد يكون نقص الوزن عرضاً مرافقاً للخباثات. تشكل بحة الصوت عرضاً مبكراً في سرطان الحنجرة؛ ويحدث الصرير بشكل متأخر. إن السعال المزمن مع نفث الدم لدى مدخن منذ فترة طويلة ينذر عادة ببدء حدوث سرطانة القصبات. إن موضع السرطانة قد يغير نوعية الوزيز. إن الانسداد الجزئي داخل لمعة الطريق الهوائي العلوي بسبب سرطانة القصبات يؤدي لحدوث صرير، بينما يؤدي الانسداد الجزئي للطرق الهوائية السفلية إلى حدوث وزيز شهيقي أحادي اللحن. يحدث الترقي السريع لعسر البلع غير المؤلم عند وجود سرطانة المري.

الفحص السريري EXAMINATION:

■ **التأمل:**

عند وجود انسداد جزئي حاد في الطريق الهوائي العلوي، سيبدو المرضى غالباً منزعجين بشدة. إن إجراء تقييم فوري للشرى المعمم، الوذمة الوجهية، انخفاض التوتر الشرياني والوزيز المنتشر سيسمح بوضع تشخيص التأق وبدء المعالجة المناسبة. عندما تكون هناك أذية استنشاقية قد يوجد هباب على الوجه وشعر أنف محترق بسبب التعرض للحرارة. عند التأمل يمكن مشاهدة السلعة الدرقية الكبيرة. إن وجود تشوه مفصلي متناظر ثنائي الجانب يصيب المفاصل الصغيرة في اليدين (السنعية السلامية، ما بين السلاميات الدانية) يقترح الإصابة بالداء الرثياني. قد يوجد تبقرط أصابع عند الإصابة بسرطانة القصبات. قد تكون أسباب الصرير مرئية بتأمل الحنجرة. يتم الحصول على معلومات إضافية باستعمال تنظير الحنجرة غير المباشر. عند الإصابة بشلل الحبل الصوتي ثنائي الجانب، يكون الحبلان الصوتيان غير متحركين. تشاهد فتحة مزمارية صغيرة ولا تتسع عند محاولة الشهيق. قد يكون من السهل مشاهدة سرطانة المزمار وسرطانة ما فوق المزمار.

■ **الجس والإصغاء:**

إن وجود اعتلال عقد لمفية رقبية قد يكون ناجماً عن انتان أو سرطانة الحنجرة، البلعوم، القصبات أو المري. قد تكون السلعة الدرقية مجسوسة أيضاً في العنق، مسببة انحراف الرغامى إلى الجانب الآخر نتيجة الضغط. يتم فحص الصدر بحثاً عن وزيز أحادي اللحن، انخماص شدفة رئوية، انصباب جنب و مضض في الأضلاع، وهي المظاهر الصدرية لسرطانة القصبات.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

يجب إجراء الاستقصاءات العامة بحسب الموجودات السريرية.

- **تعداد عام:**

ارتفاع تعداد الكريات البيضاء: إنتان.

- **سرعة التثفل:**

تكون مرتفعة في الإنتان والخباثة.

- **اختبارات الوظيفة الدرقية:**

تكون مرتفعة أو منخفضة أو طبيعية عند وجود سلعة درقية.

- **صورة شعاعية جانبية للأنسجة الرخوة في العنق:**

أجسام أجنبية ظليلة على الأشعة.

- **صورة شعاعية للصدر:**

من المطلوب إجراء صورة شعاعية للصدر بالوضعيتين الأمامية والجانبية لتحديد الأجسام الأجنبية الظليلة على الأشعة. قد تتظاهر سرطانة القصبات بشكل كتلة مركزية، كتلة محيطية، انخماص شدفة رئوية، تكثف فصي أو بشكل انصباب جنب. قد يكون اعتلال العقد اللمفية في سرة الرئة ظاهراً، مسبباً حدوث انضغاط خارجي على الرغامى أو القصبات.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تنظير الحنجرة بالمنظار الليفي الضوئي:**

رؤية الحبال الصوتية، الكتل الورمية، تضيق الرغامى وإمكانية أخذ خزعة.

- **تنظير هضمي علوي:**

لتحديد وجود السرطانة، التي قد تكون مرتشحة في كلا العصبين الحنجريين الراجعين وذلك عندما تترافق مع عسر بلع.

- **رشف السلعة الدرقية بالإبرة الدقيقة:**

لتحديد السبب المستبطن للسلعة الدرقية.

- **تصوير طبقي محوسب للعنق والصدر:**

يحدد مدى انتشار سرطانة الحنجرة ويساعد في تصنيفها، وكذلك بالنسبة لسرطانة الدرق، سرطانة المري وسرطانة القصبات.

اضطرابات التعرق
SWEATING ABNORMALITIES

يأتي المرضى الذين يشكون من فرط التعرق إلى الطبيب عندما يصبح الأمر غير مقبول اجتماعياً، وتتراوح الأسباب من البسيطة إلى الخطيرة.

الأسباب CAUSES:

فرط التعرق:

نقص سكر الدم.

الإنتانات الجهازية.

الخباثات: أورام الدماغ.

لمفوما هودجكن.

غدية صماوية: ورم القواتم.

الانسمام الدرقي.

متلازمة الكارسينوئيد .

اعتلال الأعصاب الذاتية السكري.

الضهي.

نفسية: الاعتماد/ السحب.

حالات القلق.

نقص التعرق:

ضربة الحرارة.

نقص التعرق بخلل تنسج الأديم الظاهر.

الدخنية.

آفات الجهاز الودي.

القصة المرضية HISTORY:

باستثناء ضربة الحرارة، فإن أسباب نقص التعرق نادرةً وينجم عادةً عن اضطرابات خلقية في الغدد العرقية، مثل نقص التعرق بخلل تنسج الأديم الظاهر، وهي حالة تترافق مع ضعف في تشكل الشعر والأسنان. قد ينجم عدم التعرق أيضاً عن الدخنية، والتي تنتج عن انسداد أو تمزق الأقنية العرقية.

يصادف فرط التعرق بشكل شائع كمرافق فيزيولوجي للألم، الغثيان، الإقياء والصدمة (انظر الصفحة 453). في حال غياب هذه الأعراض فالأسباب هي المذكورة أعلاه. قد يكون فرط التعرق نوبياً أو مستمراً. قد تكون نوبات التعرق ناجمة عن نقص سكر الدم، ورم القواتم، متلازمة الكارسينوئيد والضهي. يشكو مرضى نقص سكر الدم غالباً من الأعراض المرافقة التالية: الرجفان، الدوخة، القلق والجوع. إن التحرر الانتيابي للكاتيكولامينات من ورم القواتم قد يؤدي لحدوث هجمات من التعرق، ارتفاع التوتر الشرياني، الخفقان، الصداع والقلق. ويأتي المريض عادةً إلى الطبيب بسبب ارتفاع التوتر الشرياني. تنتج متلازمة الكارسينوئيد عن عدة هرمونات تُفرز من الأورام المعوية المحبة للصباغ، التي تنشأ من الأمعاء الدقيقة عند وجود نقائل كبدية. يترافق التعرق النوبي مع حدوث توهج أحمر قرميدي، إسهال، وزيز وأحياناً اعتلالات في الجانب الأيمن من القلب. قد تكون الهبات الساخنة والتعرق أيضاً من الأعراض البارزة التي تشكو منها النساء في سن الضهي، وتم عزو السبب غالباً إلى تغير تراكيز الهرمونات التناسلية الأنثوية.

المرضى الذين لديهم تعرق ليلي قد يستيقظون لأن ملابسهم وفراشهم مغمورة بتعرقهم. نموذجياً، تُذكر هذه المظاهر عند الإصابة بالتدرن وداء هودجكن. تتضمن الأعراض المرافقة للتدرن الرئوي نقص الوزن، السعال والنفث الدموي. عند الإصابة بداء هودجكن، قد يشكو المريض من اعتلال عقد لمفية موضع، نقص وزن، حكة، حمى ودعث.

إن التعرق المستمر وعدم تحمل الحرارة هي من مظاهر الانسمام الدرقي. وهذا قد ينتج عن ازدياد معدل الاستقلاب وقد يترافق مع ازدياد الشهية مع نقص الوزن، اضطراب عاطفي، إسهال وخفقان. نادراً ما ينتج فرط التعرق عن الأورام التي تغزو تحت المهاد. يجب السؤال عن وجود اعتماد على مادة ما، حيث أن حالات السحب يمكن أن تؤدي إلى حدوث تعرق شديد وأهلاس.

الفحص السريري EXAMINATION:

من المطلوب إجراء فحص سريري كامل لكل جهاز بدوره لاستبعاد إمكانية وجود إنتان مستبطن. عند الاشتباه بوجود اضطراب قلق يصبح من المطلوب فحص الحالة العقلية. إن المظاهر النوعية الآتية في الفحص السريري قد تقترح وجود سبب مستبطن.

■ **درجة الحرارة:**

إن وجود الحمى (انظر الصفحة 426) سيقترح الإنتان كسبب مستبطن للتعرق. مع ذلك، يمكن أن توجد الحمى أيضاً في داء هودجكن.

■ **التأمل:**

قد يؤدي الانسمام الدرقي المسبب للتعرق إلى وجود عيون متسعة محدقة مع وجود تلكؤ الجفن؛ بالإضافة لذلك، فإن وجود الجحوظ أو شلل عضلات العين يشير بشكل نوعي إلى داء غريف على أنه السبب المستبطن. عند الإصابة بمتلازمة الكارسينوئيد قد يشكو المرضى من نوبات من التوهج الأحمر القرميدي على الوجه.

■ **الجس والإصغاء:**

تجس الغدة الدرقية لنفي وجود ضخامة فيها. ويتم فحص العقد اللمفية الناحية بحثاً عن ضخامة، قد تكون ناجمة عن إنتان أو خباثة. يظهر تسرع القلب عند وجود انسمام درقي أو إنتان جهازي. قد يتم أيضاً جس نبض متسرع خلال الهجمات الانتيابية في ورم القواتم، وسيكون الضغط الدموي مرتفعاً بشكل ملحوظ. عند الإصابة بتدرن رئوي بدئي، قد يكون انصباب الجنب أو انخماص شدفة رئوية هو المظهر الوحيد بالفحص السريري. إن كشف نفخة جديدة أو تغير نفخة سابقة قد يشير إلى التهاب الشغاف. مع ذلك، تم ذكر حدوث تضيق أو قصور كل من الصمام مثلث الشرف والصمام الرئوي في متلازمة الكارسينوئيد. إن وجود ضخامة طحال بالفحص السريري للبطن قد ينجم عن داء هودجكن.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

• **BM Stix:**

تقييم سريع لسكر الدم ويمكن تأكيده بتحديد سكر الدم. قد يكون الغلوكوز مرتفعاً عند الإصابة بورم القواتم.

• **تعداد عام ولطاخة دموية:**

ارتفاع تعداد الكريات البيضاء: إنتان.

- **سرعة التثفل:**

مرتفعة عند وجود إنتان، خباثة أو لمفوما.

- **الهرمون المحرض للدرق والتيروكسين 4 الحر:**

يكون TSH منخفضاً و T4 مرتفعاً عند وجود انسمام درق.

- **صورة شعاعية للصدر:**

تدرن، كارسينوئيد قصبي، إنتان صدري.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **اختبار مانتوكس:**

يجرى اختبار مانتوكس المخفف إذا لم يوجد تمنيع سابق بلقاح BCG وذلك للتحري عن التدرن.

- **سيروتونين البول:**

يكون مرتفعاً عند وجود أورام الكارسينوئيد.

- **الكاتيكولامينات والميتانيفرينات في البول:**

تكون مرتفعة عند وجود ورم القواتم.

- **خزعة استئصالية من العقد اللمفية:**

وجود خلايا ريد ستيرنبرغ عند الإصابة بداء هودجكن.

- **تصوير الراس بالمرنان المغناطيسي:**

أورام تحت المهاد.

الغشي SYNCOPE

الغشي هو فقد الوعي المؤقت بسبب خلل في الدوران الدماغي.

الأسباب COUSES:

القلبية الوعائية:

الغشي الوعائي المبهمي:

ـ الغشي الوضعي Situational Syncope.

ـ غشي التبول.

ـ غشي السعال.

هبوط ضغط الدم الانتصابي:

ـ الراحة المديدة في الفراش.

ـ محدث بالأدوية.

ـ ناتج عن نقص الحجم.

ـ قصور الجملة العصبية الذاتية.

اللانظميات:

ـ متلازمة العقدة الجيبية المريضة.

ـ نوب ستوكس - آدامز.

ـ التسرعات فوق البطينية.

ـ التسرعات البطينية.

احتشاء العضلة القلبية.

انسداد مخرج القلب.

متلازمة الجيب السباتي.

الصمة الرئوية.

العصبية:

النوب (الاختلاج).

الغشي الهستريائي.

الاستقلابية:

نقص التأكسج.

نقص سكر الدم.

القصة HISTORY:

الغشي الوعائي المبهمي، أو الإغماء الشائع، هو أكثر سبب للغشي، ويترافق بتوسع وعائي محيطي وبطء نظم القلب بتأثير العصب المبهم. قد تسببه بعض الأوضاع كالخوف أو الانفعال أو الوقوف الطويل أو الألم. قد يشكو المريض من غثيان، ضعف عام وتشوش رؤية، وبالفحص يبدو شاحباً ونبضه بطيء. قد يشير الخفقان الذي يسبق الوهط الدوراني إلى اللانظميات. الغشي الوضعي هو إغماء يصنف حسب العامل المسبب، وغالباً ما يعزى لاستجابة مفرطة من العصب المبهم للعامل المحرض.

هبوط الضغط الانتصابي هو هبوط في ضغط الدم عند الوقوف مما يسبب نقصاً مؤقتاً في التروية الدماغية وبالتالي فقد الوعي. قد تؤدي الراحة المديدة في الفراش إلى زوال تكيف مستقبلات الضغط في الجسم محدثة لانخفاض في ضغط الدم بسبب الوضعة. قد تساعد القصة الدوائية في استبعاد الأدوية المشتبهة مثل خافضات الضغط والمورفينات.

إن نقص الحجم هو سبب آخر لغشي الوضعة (انظر الصدمة، صفحة 453)، ويترافق مع شحوب وتسرع قلب ونقص الصادر. إن الحالات المرضية كالسكري ومتلازمة غيلان – باريه قد تؤدي لقصور الجملة العصبية الذاتية وما يستتبعه من عدم قدرة الجسم على الحفاظ على ضغط الدم الملائم.

يؤدي انسداد مخرج القلب – الذي يحدث في سياق تضيق الأبهر واعتلال العضلة القلبية الساد الضخامي – للغشي عند القيام بالجهد حيث لا يمكن زيادة نتاج القلب ليلبي الحاجة المطلوبة.

في متلازمة الجيب السباتي تكون مستقبلات هذا الجيب أكثر حساسية من الطبيعي، وهكذا فإن المحرض البسيط، مثل حركة دوران الرأس أو الضغط الناجم عن ياقة ضيقة، قد يثير منعكس الجيب السباتي محدثاً الغشي.

النوب هي انفراغ انتيابي في قشر الدماغ يكون كافياً لإحداث أمور سريرية ملموسة، مثل الاختلاجات أو فقد الوعي أو أعراض سلوكية. إن النوب اللامقوية Atonic Seizures، مع أنها ليست غشياً بالمعنى الدقيق، فإنها قد تظهر بمظهر مماثل للغشي حيث يحدث فقد مفاجئ لمقوية العضلات والوهط. قد يحدث لدى المريض سلس بولي خلال النوبة، مع شعور بالنعاس أو التخليط في المرحلة ما بعد النوبة.

يميل الغشي الهستريائي لأن يكون دراماتيكياً جداً وتكون نتائج الفحص طبيعية خلال الهجمة. يؤدي نقص سكر الدم لحدوث الإغماء الذي قد يصل لدرجة فقد الوعي أيضاً. يميل هذا النوع للانتشار لدى المرضى المعالجين بالأنسولين، لكنه قد يحدث لدى الأفراد الأسوياء بعد الإفراط في شرب الكحول. تحدث الأعراض عادة عند هبوط السكر دون 2.5 مللي مول 1 لتر.

الفحص EXAMINATION:

■ **المظهر Appearance:**

يظهر الغشي الوعائي المبهمي بشكل شحوب في السحنة وتعرق. وقد تحدث اختلاجات مع النوب.

■ **ضغط الدم Blood pressure:**

يجب قياسه بوضعية الاستلقاء والوقوف وعند ذلك فقط يمكن ملاحظة وجود انخفاض ضغط يتعلق بالوضعة.

■ **النبض Pulse:**

خلال هجمة الغشي فإن فحص النبض يمثل فرصة جيدة لكشف اللانظمية. بطء القلب هو الموجودة الاعتيادية في حال الغشي الوعائي المبهمي. تنتج نوب ستوكس – آدامز عن حصار القلب التام وتسبب فترة عدم انقباض عابر يعقبه شفاء تام. تترافق متلازمة العقدة الجيبية المريضة مع فترات متناوبة من تسرع القلب وبطئه. قد تؤدي الصدمة والتسرعات البطينية وفوق البطينية إلى نظم قلبي سريع جداً.

ينتج عن تطبيق الضغط على الجيب السباتي، المتوضع عند تفرع السباتي الأصلي إلى السباتي الظاهر والسباتي الباطن، حدوث الغشي لدى مرضى متلازمة الجيب السباتي.

■ **الإصغاء Auscultation:**

ما يميز تضيق الدسام الأبهري هو النفخة القذفية الانقباضية التي تنتشر إلى السباتيين، ونعومة الصوت الثاني. كما يمكن سماع تلك النفخة الانقباضية في اعتلال العضلة القلبية الضخامي الساد حيث يتم حصار تدفق الدم الخارج من البطين الأيسر بسبب فرط تصنع العضلة القلبية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **BM stix:**

إن فحص سكر الدم باستعمال BM stix يمثل طريقة بسيطة وسريعة لمعرفة مستوى السكر في الدم. يمكن تأكيد القراءات الدقيقة باستعمال عينات من المصل.

- **تعداد دم كامل FBC:**

يدلنا هذا التعداد على وجود فقر الدم عندما يكون سبب نقص الحجم هو النزف. قد تترافق الصدمة الإنتانية بتوسع وعائي محيطي وارتفاع في تعداد الكريات البيض.

- **سكر المصل والبولة والكهارل U & ES and serum glucose:**

يؤهب اضطراب الكهارل لحدوث النوب.

- **سكر الدم Blood glucose:**

نقص سكر الدم.

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

عندما يجرى تخطيط القلب الكهربائي أثناء حدوث الهجمة، فإنه قد يكشف لنا وجود لانظمية. يجب معالجة تسرع القلب البطيني المترافق بغياب النبض كعلاج الرجفان البطيني ويجب الشروع بإجراءات الإنعاش القلبي. قد ترى موجات Q وتزحل وصلة ST نحو الأعلى في حالة احتشاء العضلة القلبية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تخطيط الدماغ الكهربائي EEG:**

بالرغم من أن تشخيص الصرع هو تشخيص سريري في المقام الأول، فإنه يمكن استخدام النوب المترافقة بتغيرات كهربائية نوعية في قشر الدماغ كوسيلة لتأكيد التشخيص. ومع ذلك فإن تخطيط الدماغ السلبي لا ينفي الصرع.

- **تخطيط القلب الكهربائي مدة 24 ساعة 24 hour ECG:**

يمكننا من توثيق أي لا نظمية مترافقة مع نوب الغشي.

- **تصوير القلب بالصدى (الإيكو) Echocardiography:**

يتيح لنا معرفة وضع الدسام الأبهري وتشخيص اعتلال العضلة القلبية الضخامي الساد.

- **مسح التهوية / التروية V/Q SCAN:**

يسمح بتشخيص معظم الصمات الرئوية الحادة.

- **اختبار الطاولة المائلة Tilt table testing:**

يحتفظ عادة بهذا الإجراء للمرضى الذين لديهم هجمات معاودة من الغشي مجهولة السبب. لدى مرضى الغشي الوعائي المبهمي تسبب إمالة الطاولة بدرجة 60 حدوث هبوط ضغط الدم، وبطء القلب والغشي خلال 30 دقيقة.

أمراض الحلق THROAT CONDITIONS

إن التهاب الحلق هو عرض شائع جداً لاسيما لدى الأطفال والبالغين الشباب. إن تطاول فترة التهاب الحلق لدى مريض مسن يجب أن يكون موضع اهتمام إذ قد يشير إلى وجود تنشؤ ما.

الأسباب CAUSES:

إنتانية:

التهاب اللوزات:

- جرثومي، مثل: مكورات عقدية، مكورات بنية.

فيروسي، مثل: الحمى الغدية.

التهاب البلعوم:

- فيروسي.
- فطور.

خراج حول اللوزة.

التهابية:

التهاب الدرق (نادر).

تنشؤية:

سرطان:

- اللوزة.
- الثلث الخلفي من اللسان.
- الحنجرة.

لمفوما.

الحثل الدموي.

عصبية:

ألم العصب البلعومي اللساني.

الألم الرجيع:

خناق الصدر.

تشنج المري.

غيرها:

الإيدز.

التهاب المري القلسي.

القصة HISTORY:

■ إنتاني Infective:

التهاب الحلق، عسرة البلع، الألم الرجيع للأذن، الصداع والدعث. قد تشير قصة ممارسة الجنس الفموي إلى إصابة الفم والبلعوم بالمكورات البنية. الـ Quins هو خراج حول اللوزة، حيث توجد عادة قصة التهاب لوزات حاد إلا أن المريض يصبح معتلاً مع حرارة مرتفعة، وعسرة بلع وألم رجيع للأذن. في الحمى الغدية قد يشاهد لدى المريض التهاب لوزات غشائي شديد ولكن عادة ما يكون لديه دعث وضخامة عقد لمفاوية في أماكن أخرى.

■ التهابي Inflammatory:

يتظاهر التهاب الدرق تحت الحاد – وهو مرض نادر – بانتباج في الغدة الدرقية وألم في العنق وحمى وضعف ودعث.

■ تنشؤي Neoplastic:

تتظاهر كارسينوما اللوزات بتقرح مؤلم مع جساوة (قساوة). غالباً ما نجد ألماً رجيعاً للأذن وقد يبصق المريض دماً. أحياناً يكون أول عرض هو وجود كتلة في العنق والتي هي عبارة عن ضخامة العقد اللمفاوية الرقبية بالنقائل الورمية. قد تتظاهر كارسينوما الثلث الخلفي للسان بحس ألم في الحلق إضافة لعسرة بلع. قد يبصق المريض دماً وقد يكون الألم رجيعاً للأذن. قد تتظاهر كارسينوما فوق المزمار بحس وجود كتلة في الحلق. ولكن عادة ما نجد تغيرات في الصوت واعتلالاً باكراً للعقد اللمفاوية العنقية. نادراً ما تسبب لمفوما اللوزة أي ألم ويأتي المريض بتضخم إحدى اللوزتين. قد يأتي مريض الحثل الدموي بالتهاب حلق ناتج عن إنتان تالٍ لنقص العدلات.

■ **عصبي Neurological:**

يتظاهر ألم العصب البلعومي اللساني بألم حاد طاعن في جذر اللسان، ينتشر إلى الحلق والأذن، ويثار بالبلع أو بلمس البلعوم.

■ **الألم الرجيع Referred pain:**

قد يسبب خناق الصدر – الذي عادة ما يثار بالجهد – ألماً في الحلق. كما قد يوجد ألم صدري ينتشر إلى الفك والطرف العلوي الأيسر. أحياناً، يؤدي التشنج المريئي المعمم لألم صدري ينتشر إلى الحلق والفك.

■ **غيرها Other:**

قد يحدث التهاب الحلق في سياق الإيدز AIDS، حيث يكون السبب أنواع مختلفة من المتعضيات الخامجة، مثل: فيروسية أو فطرية. قد يسبب التهاب المري القلسي ألماً حارقاً في الحلق أو إحساساً بوجود كتلة في الحلق.

الفحص EXAMINATION:

■ **الخمجي:**

يوجد في التهاب اللوزات عادة: حمى، رائحة كريهة ونجيج قيحي من الخبايا اللوزية، وغالباً تكون مخاطية البلعوم ملتهبة. مع وجود ضخامة في العقد اللمفاوية الرقبية، ابحث عن ضخامة العقد اللمفاوية في الأمكنة الأخرى، وكذلك ضخامة الطحال التي قد توجد في سياق الحمى الغدية. يترافق الخراج حول اللوزة بالضزز واندفاع اللوزة نحو الأسفل والأنسي بفعل الخراج. وتكون اللهاة متوذمة عادة.

■ **التهابي Inflammatory:**

يتظاهر التهاب الدرق بانتباج ممض ومنتشر في الغدة الدرقية، ويتحرك بالبلع، لكنه نادر.

■ **تنشؤي Neoplastic:**

تظهر كارسينوما اللوزة على شكل انتباج قاس متقرح. وقد نجد ضخامة في العقد الرقبية. أما في كارسينوما الثلث الخلفي من اللسان ومنطقة ما فوق المزمار من الحنجرة فيوجد عادة قرحة قاسية. ونحتاج هنا لتنظير الحنجرة كجزء من الفحص. ونبحث

عن العقد الرقبية والأماكن الأخرى للنقائل مثل الرئة والكبد. تظهر اللمفوما عادة على شكل تضخم غير مؤلم في اللوزة. وقد يتظاهر الحثل الدموي بضخامة عقد لمفاوية وضخامة كبدية طحالية. يؤدي فقد المحببات إلى التقرح وتشكل الأغشية على اللوزات ومخاطية الفم.

■ **عصبي Neurological:**

يوضع تشخيص ألم العصب البلعومي اللساني عادة من القصة. قد يثير لمس الحنك حصول الأعراض.

■ **الألم الرجيع Referred pain:**

يشخص خناق الصدر وتشنج المري عادة من خلال القصة.

■ **غيرها Others:**

قد يحدث التهاب اللوزات والتهاب البلعوم في سياق الإيدز بسبب إنتان فيروسي أو فطري. توجد هنا العلامات الأخرى للإيدز مثل الدعث والحمى وفقد الوزن وإنتانات الصدر وساركوما كابوزي. يوضع تشخيص التهاب المري القلسي من خلال القصة عادة، حيث لا يوجد إلا القليل الذي يمكن للفحص كشفه.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم FBC، سرعة تثفل ESR:**

ينخفض الهيموغلوبين في الخباثات. يزيد عدد الكريات البيض في الإنتانات. الحثل الدموي. زيادة اللمفاويات في داء وحيدات النوى (الحمى الغدية). ترتفع سرعة التثفل في الخباثات والإنتان والتهاب الدرق.

- **المسحة:**

زرع وتحسس: المكورات العقدية والمكورات البنية.

- **أضداد الفيروسات:**

داء وحيدات النوى (الحمى الغدية).

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

نقص تروية (إقفار).

- **صورة الصدر الشعاعية CXR:**

نقائل سرطانية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INFESTIGATIONS:

- **تنظير الحنجرة غير المباشر:**

إنتان، خباثة.

- **تنظير مريئي – معدي – عفجي OGD:**

التهاب مري، فتق فرجوي.

- **اختبار HIV:**

إيدز.

- **الخزعة:**

الحميدة مقابل الخبيثة.

- **تصوير طبقي محوسب:**

ورم، انتشار للورم.

إصابات أصابع القدم TOE LESIONS

إن إصابات أصابع القدم شائعة جداً، وتحدث بسبب مجموعة متباينة من الأمراض تمتد من الظفر الناشب البسيط حتى الألم الشديد الناتج عن نقص التروية. كما أن تشوهات أصابع القدم منتشرة جداً خاصة لدى المسنين.

الأسباب CAUSES :

اظافر اصابع القدم:

ظفر ناشب.

ورم دموي تحت الظفر.

ميلانوما تحت الظفر.

عرن تحت الظفر.

انعقاف الظفر.

تشوهات:

روح إبهام القدم.

صمل إبهام القدم.

الأبخس المطرقى.

الأبخس المخلبى.

تقرحات:

نقص تروية.

أمراض الأوعية الكبيرة: تصلب شرايين.

صمات.

أمراض الأوعية الصغيرة: السكري.

داء رينو.

داء برغر.

الصمات.

التهاب أوعية مثل تصلب الجلد والذأب الحمامي الجهازي والتهاب المفاصل الرثياني.

اعتلال عصبي.

آفات الأعصاب المحيطية: السكري.

أذيات الأعصاب.

الجذام.

آفات النخاع الشوكي: الشوك المشقوق.

أذيات العمود الفقري.

تكهف النخاع.

تنشؤي.

تبدل اللون:

شرث.

نقص تروية.

القصة HISTORY:

■ **الأظافر Nails:**

يتظاهر الظفر الناشب عادة بألم في جانبي الظفر وغالباً ما يرافقه إنتان والتهاب موضعي. بوجود الإنتان يكون الإصبع مؤلماً ونابضاً لاسيما في السرير ليلاً. في حالة الورم الدموي تحت الظفر نجد قصة لأذية الظفر. يحدث النزف تحت الظفر ويكون مؤلماً بشدة لدرجة قد تصل لإحداث الإغماء أحياناً. تتظاهر الميلانوما تحت الظفر بتصبغ تحت الظفر. وفي العرن تحت الظفر نجد ارتفاعاً وتشوهاً في الظفر. انعقاف الظفر هو تشوه بشكل (قرن الكبش) حيث يتسمك الظفر وينحني حول نهايته. يشيع هذا التشوه لدى المسنين، إلا أنه قد يصيب الشباب إثر التعرض لرض على سرير الظفر.

■ **التشوهات Deformities:**

يأتي المريض المصاب بإبهام القدم الأروح عادة بوكعة Bunion (تبارز في الوجه الأنسي لرأس المشط الأنسي مع إزاحة الإبهام للوحشي). ينحرف المشط الأول باتجاه الأنسي. وهذا التشوه أكثر شيوعاً لدى الإناث. قد يشتكي المريض من تراكب إبهام القدم على الإصبع التي تليه. وقد يكون السبب المؤهب استعمال أحذية ضيقة غير مناسبة. أما صمل الإبهام فيمثل فصال عظمي للمفصل المشطي السلامي الأول،

ويحدث لدى البالغين الشباب. يشكو المريض من ألم عند المشي، لاسيما عند الانطلاق، وتيبس في المفصل. يصيب الأبخس المطرقي عادة الأبخس الثاني، وهو تشوه انعطاف في ثابت للمفصل بين السلامي الداني مع فرط بسط معاوض في المفاصل المجاورة. بالكاد يشكو المريض من موضوع تشوه إصبع القدم، وقد يشكو من أثفان في منطقة ضغط الحذاء على الإصبع المشوهة. في الأباخس المخلبية يحدث عطف لكلا المفصلين بين السلاميات، كما قد يتطور لدى المريض أثفان مؤلمة في ذروة الأباخس.

■ **التقرحات Ulcers**

تكون التقرحات عادة إما إقفارية (مؤلمة) أو ناجمة عن اعتلال عصبي (غير مؤلمة) تحرَّ قصة عرج متقطع، تدخين، داء رينو، مرض قلبي، داء سكري.

في قرحات الاعتلال العصبي قد توجد قصة داء سكري، أو أذيات أعصاب، أو آفات الحبل الشوكي، وتحدث التقرحات عادة عند نقاط الانضغاط فوق ذرى أصابع القدم، أما التقرحات التنشؤية فوق أصابع القدم فهي نادرة جداً. وقد تحدث الميلانوما على أصابع القدم إلا أنها تكون عادة تحت الظفر.

■ **تبدل اللون Discoloration:**

يشير تبدل اللون المؤلم- سواء كان أحمراً أو لماعاً، أو أبيضاً أو أزرقاً أو أسوداً (غنغرينة) – إلى وجود نقص تروية. يحدث الشرث في الطفولة والكهولة الباكرة وعادة لدى الإناث. ويزيد الاحتمال للإصابة به لدى أصحاب المهن في العراء. يحدث تورم مؤلم في أصابع القدم التي قد تصبح حاكة. تكون الإصابة متعددة غالباً وقد تتطور باتجاه تكون قرحات سطحية.

الفحص EXAMINATION:

■ **الأظافر Nails:**

غالباً ما نجد في الظفر الناشب نجيجاً مصلياً أو قيحياً يخرج من الطية الظفرية. يصبح الإصبع أحمر متورماً. قد يظهر النسيج الحبيبي عند الطية الظفرية، أما الورم الدموي تحت الظفر فيكون واضحاً بالعادة ولكن أحياناً ينسى المريض الرض ويأتي بتلون قريب من البني تحت الظفر حيث يجب تفريقه هنا عن الميلانوما. الورم الدموي

عادة ذو لون بني مائل للأحمر وحوافه حادة، أما الميلانوما فلونها رمادي مائل للبني وحوافها غير مميزة وإن الورم الدموي يتبارز خارجاً مع الظفر على عكس الميلانوما. عند الاشتباه بالميلانوما يجب فحص العقد اللمفاوية في المنطقة والكبد من أجل الأورام الثانوية. تؤدي الأعران تحت الظفر لتشوهه حيث يتغير شكله ويكون مدفوعاً للأعلى. وبالنهاية يصبح التورم بين الإصبع ونهاية الظفر واضحاً.

إن انعقاف الظفر واضح حيث يكون هذا الأخير سميكاً وملوناً وينحني حول نهايته (تشوه قرن الكبش).

■ **التشوهات Deformities:**

في الإبهام الأروح ينحرف عظم المشط الأول نحو الأنسي بخلاف إبهام القدم الذي يتجه للوحشي. قد يوجد جراب متسمك على الوجه الأنسي للمفصل (وكعة). قد يتراكب الإبهام فوق الإصبع الذي يليه. في صمل إبهام القدم يكون المفصل المشطي السلامي الأول متيبساً ومؤلماً ومتضخماً. في إصبع المطرقة يتأثر الإصبع الثاني في القدم عادة، ونجد تشوهاً انعطافياً ثابتاً في المفصل بين السلامي الداني مع فرط بسط معاوض في المفصل المجاور. يجب التحري عن وجود مسامير القدم والثفن. في أصابع المخلب يكون المفصلان بين السلاميين بحالة عطف (انظر تشوهات القدم، صفحة 185).

■ **التقرحات Ulcers:**

تشير القرحات المؤلمة المثقبة فوق نقاط الضغط إلى كونها قرحات نقص تروية. يجب التحري عن تبدل لون إصبع القدم والعود الشعري وغياب نبض القدم. أما قرحات الاعتلال العصبي فتكون غير مؤلمة ويكون الدوران جيداً عادة، إلا أن الحس غائب أو ضعيف موضعياً. وهنا يجب إجراء فحص عصبي كامل.

■ **تبدل اللون Discoloration:**

قد يكون الإصبع ناقص التروية ذا لون أحمر لامع، أو أزرق أو أسود مع غنغرينة. نفحص النبض. أما الشرث فيكون عادة أزرقاً مائلاً للأحمر، والجلد متوذماً، كما قد يحدث تشكل نفاطة تنفجر تاركة قرحات سطحية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل، سرعة تثفل:**

ينخفض الهيموغلوبين في فقر الدم الناتج عن الأمراض المزمنة مثل التهاب المفاصل الرثياني والذأب الحمامي. يرتفع عدد الكريات البيض بوجود الإنتان مثل الذي يترافق الداء السكري. ترتفع سرعة التثفل في التهاب الأوعية مثل التهاب المفاصل الرثياني والذأب الحمامي.

- **البولة والكهارل:**

قصور كلوي مزمن في أمراض النسيج الضام.

- **سكر الدم:**

نقص تروية في داء الأوعية الصغيرة في الداء السكري.

- **الصور الشعاعية:**

العرن تحت الظفر، إبهام القدم الصمل.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **مسح الأضداد Antibody Screen:**

أمراض النسيج الضام.

- **دراسات دوبلر Doppler studies:**

نقص تروية.

- **تصوير الشرايين Arteriography:**

أمراض الشرايين.

- **الرنين المغناطيسي MRI:**

أمراض النخاع الشوكي مع اعتلال الأعصاب.

- **دراسات توصيل الأعصاب Nerve conductions studies:**

اعتلال الأعصاب المحيطية.

- **الخزعة الاستئصالية Excision biopsy:**

الآفات الخبيثة مثل ميلانوما تحت الظفر.

TONGUE DISORDERS آفات اللسان

إن آفات اللسان شائعة جداً وتتراوح من الطلاوة البسيطة إلى الإنتان الشديد والخباثة. وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات تظاهراً لأمراض جهازية.

الأسباب CAUSES:

الطلاوة:

الأمراض الهضمية.

التجفاف.

التنفس عن طريق الفم.

المدخنون.

الصادات.

تغير اللون:

اللويحات البيضاء: مثل الطلوان والسلاق.

الشحوب (فقر دم).

الزرقة (زرقة مركزية).

الأحمر:

ـ فقر الدم الخبيث.

ـ عوز الفيتامين B.

التصبغ:

ـ داء أديسون.

التورم (ضخامة اللسان):

الفدامة.

الوذمة المخاطية.

متلازمة داون.

ضخامة النهايات.

الإنتان.

الرض، مثل السوائل الحارة والمواد الأكالة.

الإنتان:

الزهري.

التدخين.

التوابل.

المشروبات الكحولية.

الإنتانات.

الأسنان الحادة.

التقرح:

القرحة القلاعية.

رض الأسنان.

القرح.

الصمغة.

السرطان.

الضمور:

شلل العصب تحت اللسان.

القصة HISTORY:

■ **الطلاوة Furring:**

قصة مرض هضمي أو تجفاف أو تنفس عن طريق الفم أو تدخين أو تناول صادات.

■ **تغير اللون Colour change:**

تشير اللويحات البيضاء على اللسان لوجود الطلوان أو الإصابة بالمبيضات البيض (كانديدا) التي ترافق المعالجة بالصادات والمعالجة الكيميائية والمعالجة الكابتة للمناعة. وقد يشير اللسان الشاحب إلى فقر الدم ، واللسان الأزرق للزرقة المركزية. قد يأتي المريض بشكوى من لسان أحمر مؤلم وهذا قد يحدث في سياق فقر الدم الخبيث أو عوز الفيتامين B. وقد يكون التصبغ أحد علامات داء أديسون.

■ **التورم Swelling:**

قد يأتي المريض بلسان متورم مع ألم أو دونه. قد نرى صعوبة في النطق أو البلع. أما الفدامة (نادرة جداً الآن) ومتلازمة داون فهما واضحتان. قد يكون اللسان المتورم

مظهراً من مظاهر الوذمة المخاطية، حيث قد نجد أعراضها الأخرى مثل البلادة وزيادة الوزن والجلد الجاف والصوت الخشن والإمساك والنوام وعدم تحمل الطقس البارد. قد تكون ضخامة النهايات واضحة حيث يلاحظ المريض زيادة قياس الحذاء والتغير في الصوت والفك. قد يكون التورم أحد مظاهر الإنتان (أنظر في الأسفل) أو الأرجية أو الرض (خاصة بالسوائل الحارة أو الكاوية). يؤدي الإنتان لوجود ألم باللسان، حيث أن المؤهبات الكلاسيكية لالتهاب اللسان السطحي هي الأحرف S الستة الزهري Syphilis والتدخين Smoking والتوابل Spices والإنتان Sepsis والمشروبات الكحولية Spirits والأسنان الحادة Sharp teeth.

■ **التقرح Ulceration:**

تقرح اللسان شائع. القرحة القلاعية مؤلمة وغالباً ما ترافق الأمراض المزمنة المنهكة. قد ينتج التقرح عن الرض السني الحاصل بسبب الأسنان الحادة أو التعويضات السنية المركبة بشكل سيئ. القرح والصمغة المترافقان مع الزهري هما نادران. للسرطان ذروة حدوث في سن 60 – 70 سنة ويتظاهر بقرحة غير مؤلمة على اللسان غالباً ما تتوضع على حواف ظهر اللسان. أما سرطان الثلث الخلفي للسان فقد يتظاهر بألم رجيع للأذن، حيث ينتقل الألم من الفرع اللساني للعصب مثلث التوائم، الذي يعصب اللسان إلى الأذن عبر العصب الأذني الصدغي.

■ **الضمور Wasting:**

يحدث ضمور اللسان بسبب شلل العصب تحت اللسان، وهنا يجب التحري عن قصة رض حديث أو عمل جراحي على العنق قد يكون أدى لأذية العصب. يظهر ضمور اللسان بنفس جانب الإصابة.

الفحص EXAMINATION:

■ **الطلاوة Furring:**

يظهر الفحص طلاوة متجانسة للسان. لاحظ اللون وابحث عن علامات المرض الهضمي.

■ **تغير اللون Colour change:**

يكون عادة واضحاً. قد يكون الطلوان سبب البقع البيضاء على اللسان. قد تتشقق اللويحات البيضاء بمرور الزمن، وهي مرحلة ما قبل الخباثة. قد تعزى البقع البيضاء

الأخرى للإنتان بالمبيضات البيض (السلاق) والتي بخلاف الطلوان فإنه يمكن إزالتها بالفرك تاركة مخاطية فموية متقرحة تحتها. قد يكون تغير اللون متجانساً (الشحوب والزرقة) أو بقعياً (تصبغات داء أديسون). اللسان في فقر الدم الخبيث أحمر أملس ومؤلم.

- **التورم Swelling:**

في متلازمة داون يكون اللسان كبيراً ويميل للبروز من الفم، وهنا تكون بقية علامات المتلازمة موجودة، مثل الطية فوق الموق والتخلف العقلي. يجب البحث عن علامات الفدامة مثل تأخر النمو وضخامة حجم الرأس نسبياً وسماكة الأجفان والأنف السميك العريض والشفاه السميكة وتباعد العينين. يشاهد في الوذمة المخاطية جفاف جلد وشعر، وسلعة درقية، وبطء استرخاء المنعكسات، وقصور قلب احتقاني، ووذمة غير منطبعة. أما في ضخامة النهايات فهناك قدم كبيرة وكسس ويدان سميكتان شبيهتان بالمجرفة Spade - Like وصوت عميق، وأحياناً قصور قلب. يكون اللسان في الإنتانات المعممة أحمر متورماً. وقد تتظاهر الأرجية بلسان متورم وكذلك الشفاه والحنجرة مع تشنج قصبي وطفح جلدي، وعادة ما نجد قصة تعرض لمؤرج. يؤدي ابتلاع السوائل الحارة أو الأكالة ليس إلى مجرد التهاب اللسان فقط بل إلى التهاب بقية الفم والبلعوم أيضاً.

- **التقرح Ulceration:**

تبدأ القرحة القلاعية بشكل آفة حويصلية ممضة على قاعدة متبيغة ثم تتقرح تاركة قرحة صغيرة بيضاء دائرية عميقة ومؤلمة عادة. تؤدي الرضوض السنية عادة للتقرح في الحواف الوحشية المجاورة للسن الحاد. القرح والصمغة نادران مثلهما مثل القرحة الدرنية في اللسان. تحدث قرحة الكارسينوما عادة على الوجه العلوي للسان عند الحواف الجانبية، وهي قاسية الملمس ذات حافة مقلوبة وهشة ونازفة. قد تجس العقد اللمفاوية الموضعية سواء بسبب الإنتان الثانوي أو بسبب النقائل السرطانية.

- **الضمور Wasting:**

يطلب من المريض إخراج اللسان خارج الفم، وهنا يلاحظ الضمور على الجانب المصاب وينحرف اللسان لجهة الآفة. يجب تحري ندبات العنق التي توحي بوجود أذية للعصب تحت اللسان.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل FBC، سرعة تثفل ESR:**

ينخفض الخضاب في فقر الدم (صغير الخلايا، كبير الخلايا). يرتفع تعداد الكريات البيض في الإنتان. وترتفع سرعة التثفل في الإنتان والخباثة.

- **مستوى فيتامين B12 في المصل:**

يتراجع في فقر الدم الخبيث.

- **اختبار وظائف الدرق TFTs:**

في الوذمة المخاطية ينخفض T_4 وترتفع TSH.

- **المسحة:**

زرع وتحسس. إنتان. خناق فنسنت. الزهري. الإنتانات الجرثومية والفيروسية والفطرية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **VDRL:**

الزهري.

- **التصوير الطبقي المحوري CT:**

ورم النخامة في ضخامة النهايات.

- **اختبار تحمل السكر الفموي وقياس هرمون النمو:**

ضخامة نهايات.

- **اختبارات تحريض بالـ ACTH:**

داء أديسون.

- **الخزعة Biopsy.**

كارسينوما.

الرعاش TREMOR

الرعاش هو اهتزاز نظمي في أحد أجزاء الجسم وعادة ما يشير للحركات التي تكتنف المفاصل الصغيرة لليدين.

الأسباب CAUSES:

رعاش الراحة:

داء باركنسون.

رعاش الفعل:

مجهول السبب: الرعاش الأساسي الحميد.

فيزيولوجي: القلق.

الجهد.

مرضي: انسمام درقي.

دوائي.

- مقلدات بيتا.
- الكافئين.
- الكحول.
- الليثيوم.
- الفنوتئين.
- سايكلوسبورين.

الرعاش القصدي:

مرض مخيخي.

القصة HISTORY:

يقسم الرعاش إلى ثلاث مجموعات: (1) رعاش الراحة، (2) رعاش الفعل Action Tremor والذي يظهر بوضوح عند الاحتفاظ باليدين بوضعية ثابتة أو معاكسة للجاذبية، (3) الرعاش القصدي الذي يظهر خلال الحركة. عادة ما يكون للأسباب الفيزيولوجية للرعاش عوامل مثيرة واضحة مثل الغضب والجهد.

إن رعاش الفعل، والذي يزول بتأمين دعم الطرف ضد تأثير الجاذبية، مميز للرعاش الأساسي الحميد. إضافة لذلك يمكن أن يزول بشرب الكحول، كما أنه يخف أثناء الحركة. حوالي ثلث المرضى المصابين بهذا الرعاش لديهم قصة عائلية . أما مرضى الانسمام الدرقي، فإضافة للرعاش يشكون من عدم تحمل الحر والخفقان وزيادة الشهية مع نقص وزن، والقلق والإسهال.

إن الحصول على قصة دوائية مفصلة تسمح لك بتحديد الدواء الذي قد يكون سبب الرعاش، ولا ننسى السؤال عن كمية الكحول والكافئين المتناولة أيضاً.

إن ترافق الرعاش مع أعراض مثل البلادة Slowness، صعوبة البدء بالمشي والتوقف عنه، الصمل العضلي والتعب (لا سيما عند الكتابة)، يشير إلى داء باركنسون. أما في أمراض المخيخ فقد تحدث صعوبة في التوازن والتنسيق.

الفحص EXAMINATION :

■ الرعاش Tremor:

تأمل المريض في الراحة: يشير وجود رعاش عد الدراهم لداء باركنسون. إضافة لذلك قد نجد السحنة الجامدة والترنح وسيلان اللعاب. المرضى المصابون بانسمام درقي يكونون نحيفين ذوي أعين واسعة محدقة، ولديهم تلكؤ أجفان وسلعة درقية وجحوظ في داء غريف Graves.

ثم يطلب من المريض مد الذراعين وإبقاؤهما في هذه الوضعية، وهكذا نتمكن من رؤية جميع الأسباب الأخرى للرعاش. يمكن توضيح الرعاشات الناعمة بوضع ورقة على اليدين الممدودتين. يجب أن تكون الذراع مدعومة بشكل تام وذلك يؤدي إلى زوال الرعاش الأساسي الحميد.

يمكن إظهار الرعاش القصدي باختبار الإصبع – الأنف، يزداد الرعاش بشكل واضح لدى الاقتراب من الهدف. كما قد نجد تجاوزاً للهدف من قبل الإصبع.

■ عام General:

بعد هذا التقييم، قد نحتاج لفحوص أخرى لتحديد السبب الكامن وراء الرعاش. تقيّم المشية (صفحة 199) لتوضيح الفارق بين مشية داء باركنسون والمشية الرنحية في أمراض المخيخ. المظاهر الأخرى لاضطرابات المخيخ تشمل: الكلام المتقطع وخلل تناوبية

الحركات والرأرأة والمنعكسات النواسية. عند الاشتباه بالانسمام الدرقي يجب فحص النبض بهدف كشف الرجفان الأذيني، كما تجس السلعة الدرقية ونصغي الغدة الدرقية لكشف أي لغط وتفحص حركات كرة العين من أجل التعرف على مظاهر داء غريف.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **الحاثة الدرقية والثيروكسين الحر TSH & free T4:**

ارتفاع TSH وانخفاض T4 في الانسمام الدرقي.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INFESTIGATIONS:

- **التصوير الطبقي للراس CT:**

لتقييم المرضى المصابين بخلل في التناسق مما يشير لمرض مخيخي.

URETHRAL DISCHARGE نجيج الإحليل

يمكن لأي مرض التهابي داخل الإحليل أن يسبب النجيج. من المهم تشخيص الأمراض الزهرية بحيث تعطى المعالجة الملائمة ليس فقط للمريض وحده بل لشركائه الجنسيين أيضاً.

الأسباب CAUSES:

السيلان البني.

التهاب الإحليل اللابني.

أسباب جرثومية أخرى:

ـ الكولونيات.

ـ مستدميات دوكري (القرح اللين).

ـ السل.

ـ الزهري (القرح).

داء رايتر.

التهاب الموثة.

رضي:

ـ بالأدوات.

ـ بسبب الحوادث.

ـ بسبب جسم أجنبي.

كيميائي.

تنشؤي.

القصة HISTORY:

■ **عامة General:**

لكشف الأمراض المنقولة بالجنس يجب التحري عن قصة اتصال جنسي وتاريخ آخر اتصال جنسي، وطرق منع الحمل وعدد العلاقات ومدتها والممارسات الجنسية العادية وغير العادية.

■ **السيلان البني Gonorrhoea:**

يشكو المريض من نجيج إحليلي قيحي مائل للسماكة مع عسرة تبول. قد يحدث التهاب موثة والتهاب بربخ، وهنا يشكو المريض من ألم عجاني عميق أو تورم الصفن.

■ **التهاب الإحليل اللابني Non-gonococcal urethritis:**

يشكو المريض من نجيج إحليلي قد يكون أقل سماكة من المذكور في السيلان البني. كما قد يكون البدء أقل حدة من السيلان البني.

■ **الأسباب الجرثومية الأخرى Other bacterial:**

قد يحدث التهاب الإحليل في سياق التهاب المجاري البولية. يسبب الالتهاب بمستدميات دوكري حدوث القرح اللين، وهو انتان في المناطق المدارية يسبب قرحات تناسلية مؤلمة وتورماً في العقد الأربية. قد تصيب القرحات اللينة الإحليل النهائي مؤدية لعسرة تبول ونجيج غزير مائي رقيق القوام. تدرن الإحليل نادر جداً وعادة ما يكون ثانوياً لتدرن الجهاز البولي التناسلي. كذلك فإن قرح الزهري الصلب نادر في هذه الأيام لكنه يتظاهر بشكل تورم مؤلم يصيب نهاية الإحليل.

■ **داء رايتر Reiter's disease:**

المريض عادة ذكر شاب لديه قصة التهاب إحليل لانوعي حديث، وقد يتلو هجمة زحار. إلى جانب نجيج الإحليل قد توجد قصة التهاب ملتحمة وآلام مفصلية.

■ **التهاب الموثة Prostatitis:**

يندر حدوث نجيج الإحليل في التهاب الموثة الحاد، أما في التهابها المزمن فقد نجد نجيجاً إحليلياً أبيضَ رائقاً. قد يشكو المريض أيضاً من ألم فوق العانة وألم أسفل الظهر وانزعاج عجاني وألم رجيع للخصيتين.

■ **الرض Trauma:**

قد يسبب استعمال الأدوات في الإحليل أو القثطرة المديدة حدوث التهاب إحليل حيث تكون القصة واضحة. قد يقوم المريض بإدخال أجسام أجنبية في الإحليل وهي ذات أنواع متعددة تفوق الوصف. تشمل الأجسام الأجنبية الأخرى الحصيات الآتية من المثانة أو قطع القثاطر الإحليلية. قد يشعر المريض بحرج كبير لدى اعترافه بإدخال جسم أجنبي في الإحليل.

■ **كيميائي Chemical:**

التهاب الإحليل الكيميائي أكثر شيوعاً لدى الإناث. قد توجد قصة لتغيير نوع الصابون أو ليفة الحمام.

■ **تنشؤي Neoplastic:**

سرطان الإحليل نادر . يشكو المريض من عسرة تبول ونجيج إحليلي مدمى.

الفحص EXAMINATION:

■ **السيلان البني Gonorrhoea:**

غالباً ما يشاهد قطرة قيح عند الصماخ الخارجي للإحليل. من المناسب التحري عن أدلة على التهاب الشرج أو نجيج شرجي (المثليين جنسياً). قد يوجد ما يدل على التهاب الموثة حيث تكون هذه مؤلمة وسبخية Boggy بالمس الشرجي. قد يظهر جس الصفن وجود التهاب بربخ.

■ **التهاب الإحليل اللابني Non-gonococcal urethritis:**

يمكن أن يرى القيح هنا أيضاً عند الصماخ الخارجي للإحليل. يجب التحري عن التهاب الموثة والتهاب البربخ.

■ **الأسباب الجرثومية الأخرى Other bacterial:**

قد تظهر الأشكال الأخرى من التهاب الإحليل وجود نجيج حول الصماخ الخارجي للإحليل في القرح اللين هناك قرحات على الأعضاء التناسلية مع قرحات حول الصماخ. يجب التحري عن تضخم العقد اللمفاوية الأربية. تدرن الإحليل نادر جداً ونتحرى وجود التدرن في الأماكن الأخرى في الجسم مثل الكليتين والرئتين والبربخين. يكون الصماخ متورماً ومتوذماً في قرح الزهري، وقد يوجد ضخامة في العقد اللمفاوية الإربية.

■ **داء رايتر Reiter's disease:**

ابحث عن التهاب الملتحمة والتهاب المفاصل. قد يصاحب المرض التهاب لفافة أخمص القدم والتهاب وتر أشيل. ابحث عن خراجات في الأخمصين والراحتين (تقرن الجلد السيلاني).

■ **التهاب الموثة Prostatitis:**

قد تكون الموثة مؤلمة وأحياناً سبخية بالمس الشرجي.

■ **رضي Traumatic:**

يتم تمسيد مسار الإحليل لتحري وجود المضض أو الحصيات أو الأجسام الأجنبية.

■ **تنشؤي Neoplastic:**

قد تجس كتلة قاسية على مسار الإحليل يؤدي الضغط عليها لخروج نجيج إحليلي مدمى.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل FBC، سرعة تثفل ESR:**

ترتفع كريات الدم البيض في الإنتانات مثل السيلان البني. وترتفع سرعة التثفل في الالتهابات مثل الزهري.

- **المسحة Swab:**

الفحص بالمجهر للنجيج الإحليلي مع الزرع والتحسس الذي قد يظهر نمو المكورات البنية أو كلاميديا تراخومية أو المشعرات أو الـ Ureaplasma Urealyticum. قد تحدث إنتانات ثانوية مثل المبيضات أو الكولونيات. يمكن نمو مستدميات دوكري في القرح اللين. قد يظهر المجهر ذو القعر المظلم وجود الملتويات في الزهري.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **EMSU:**

التدرن.

- **تدليك الموثة Prostatic massage:**

زرع وتحسس النجيج في التهاب الموثة المزمن.

- **VDRL:**

قرح الزهري.

- **تنظير الإحليل والمثانة Cystourethroscopy:**

جسم أجنبي، كارسينوما الإحليل.

السلس البولي URINARY INCONTINENCE

السلس البولي هو خروج البول لاإرادياً من المثانة. يحدث هذا الخروج للبول في أزمنة وأمكنة غير ملائمة وغير مناسبة ومحرجة اجتماعياً. السلس الجهدي هو خروج البول عند السعال أو الجهد. سلس الإلحاح هو عدم القدرة على الحفاظ على ضبط البول بوجود إلحاح متكرر أو ثابت للتبول. يحدث السلس الفيضي (بالإفاضة) عندما تصبح العضلة الدافعة البولية رخوة وغير حساسة غالباً للتمطط مع تمدد المثانة. يؤدي ضعف آلية المعصرة بالنهاية إلى الفيض عندما يتسرب البول خارجاً من الإحليل.

الأسباب CAUSES:

سلس الإجهاد

أذية أرضية الحوض:
- الولادة.
- استئصال الموثة.

سلس الإلحاح:

عدم استقرار العضلة الدافعة:
- استئصال الموثة.
- التهاب المثانة.
- بعد المعالجة بالتشعيع.
- التهاب المثانة التدرني.
- التهاب الكلية الخلالي.
- الحصيات.
- الأورام.

سلس الإفاضة:

آفات النورون المحرك السفلي:
- إصابة المراكز العجزية.
- إصابات ذيل الفرس.
- أذية الأعصاب العجزية، مثل جراحة الحوض.
- السكري.

انسداد المخرج المزمن:
- ضخامة الموثة.

عصبي:

آفات النورون المحرك العلوي:
- أذية النخاع الشوكي فوق المراكز العجزية.

إصابة الأقراص.

أورام النخاع الشوكي.

أذيات الرأس.

حادث وعائي دماغي.

التصلب العديد.

تكهف النخاع.

تشريحي:

المثانة الهاجرة.

إحليل هاجر.

ناسور مثاني مهبلي.

غيرها:

سلس البول الليلي.

القصة HISTORY:

- **سلس الإجهاد Stress incontinence:**

قصة تعدد ولادات، ولادة عسيرة، استئصال موثة حديث، قصة خروج البول عند السعال أو الجهد.

- **سلس الإلحاح Urge incontinence:**

المريض غير قادر على المحافظة على ضبط البول بوجود شعور متكرر ومستمر بإلحاح التبول. قصة استئصال موثة حديثاً. هجمات معاودة من التهاب المثانة مع عسرة تبول . قصة قديمة لعلاج شعاعي للحوض. قصة تدرن. قصة قولنج حالبي. حس انزعاج دائم فوق العانة مع بيلة دموية مترافقة بحصيات. بيلة دموية مترافقة بأورام.

- **سلس الإفاضة Overflow incontinence:**

قصة أذية للعمود الفقري تشمل الفقرات القطنية (المركز العجزي، ذيل الفرس). قصة جراحة حوضية مثل قطع المستقيم بالطريق البطني العجاني مع أذية الأعصاب الحوضية . قصة سكري. قصة حالة موثة (أعراض موثية) مع احتباس مزمن وفيض. قد يحتفظ المريض ببعض القدرة للتبول العادي المعقول نوعاً ما لكنه يشعر بعدم إفراغ المثانة واستمرار التسرب.

■ **العصبي Neurological:**

في إصابة النورون المحرك العلوي قد نجد قصة رض للعمود الفقري مؤثر على الحبل الشوكي أعلى المركز العجزي. قصة رض على الرأس، أو حادث وعائي دماغي أو تصلب عديد أو تكهف نخاع.

■ **التشريحي Anatomical:**

المثانة الهاجرة تكون واضحة منذ الولادة مع وجود عيب في جدار البطن وانفتاح الحالب في مخاطية المثانة الظاهرة على الجدار السفلي للبطن. قد يترافق تضاعف الحالب بفتحة هاجرة للحالب في المهبل. قد ينتج الناسور المثاني المهبلي عن الجراحة الحوضية أو العلاج بالتشعيع، وفي بعض الأحيان يكون هذا الناسور العرض الكاشف للخباثة في الحوض. قلما يحدث ناسور حالبي مهبلي من تآكل ناجم عن حصيات حالبية في رتج المهبل. بوجود الحالب المضاعف أو الناسور المثاني المهبلي أو الناسور الحالبي المهبلي فإن البول يقطر من المهبل باستمرار.

■ **غيرها Other:**

يحدث سلس البول الليلي لدى 5٪ من الأطفال بعمر 10 سنوات. يشير السلس الليلي بعد البلوغ عادة إلى وجود المثانة غير المستقرة أو غيرها من الآليات لمرضية.

الفحص EXAMINATION:

■ **سلس الإجهاد Stress incontinence:**

لاحظ تسرب البول عندما يسعل المريض، وقد نرى قيلة مثانية أو هبوط كامل.

■ **سلس الإلحاح Urge incontinence:**

لا يوجد سوى القليل لمعرفته بالفحص.

■ **سلس الإفاضة Overflow incontinence:**

قد تكون المثانة مجسوسة. يتوجب إجراء فحص عصبي كامل. قد يظهر المس الشرجي ضخامة موثة.

■ **العصبي Neurological:**

يحدث إفراغ مثانة انعكاسي. يتوجب إجراء فحص عصبي كامل.

■ التشريحي Anatomical:

المثانة الهاجرة – ينفتح الحالبان على مخاطية المثانة في جدار البطن. في حالة الناسور المثاني المهبلي قد يكشف الفحص بمنظار المهبل موقع ذلك الناسور.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل FBC:**

ارتفاع كريات الدم البيض في حالة الإنتان.

- **عينة منتصف الإفراغ البولي MSU:**

زرع وتحسس في حالة الإنتان.

- **تصوير الجهاز البولي الظليل IVU:**

تقييم الجهاز البولي العلوي، والانسداد، وآفات المثانة، والنواسير.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INFESTIGATIONS :

- **تنظير المثانة Cystoscopy:**

حصيات المثانة، التنشؤ.

- **تصوير المثانة Cystography:**

ناسور مثاني مهبلي.

- **الفحوص البولية الديناميكية Urodynamics:**

قياس ضغط جريان البول (قياس سرعة جريان البول). قياس ضغط المثانة (تقلصات العضلة الدافعة). قياس ضغط المثانة الفيديوي (تسرب البول عند الجهد في السلس الجهدي، قياس ضغوط الإحليل، وظيفة المعصرة، وانسداد المخرج).

- **التصوير الطبقي المحوسب CT:**

آفات الحبل الشوكي والأورام الشوكية.

- **الرنين المغناطيسي MRI:**

آفات الحبل الشوكي وآفات القرص، والأورام الشوكية، وتكهف النخاع.

إحتباس البول URINARY RETENTION

قد يكون احتباس البول حاداً أو مزمناً أو حاداً على مزمن. تأتي حالات احتباس البول الحاد على شكل حالات إسعاف جراحي. الاحتباس الحاد هو عدم القدرة المفاجئ على التبول ووجود مثانة مؤلمة. الاحتباس المزمن هو وجود مثانة غير مؤلمة متوسعة مع صعوبة تبول أو دونها.

الأسباب CAUSES:

موضعي Local:

لمعة الإحليل أو عنق المثانة:
- دسامات الإحليل.
- الأورام.
- الحصيات.
- الخثرات الدموية.
- قرحة الصماخ.

جدار الإحليل أو المثانة:
- رض الإحليل.
- تضيق الإحليل.
- ورم الإحليل.

خارج الجدار:
- ضخامة موثة.
- انحشار برازي.
- حمل رحمي.
- ورم حوضي.

عام:

بعد العمليات الجراحية:

عصبي المنشأ:
- أذيات النخاع الشوكي.
- أمراض النخاع الشوكي:
  - التابس الظهري.
  - ورم النخاع الشوكي.

ـ التصلب العديد.

ـ اعتلال الأعصاب الذاتية السكري.

دوائي: الأدوية الحالة لنظير الودي.

مضادات الاكتئاب.

الكحول.

القصة HISTORY:

■ الموضعي Local:

تحرَ وجود قصة مشاكل بالتبول، مثل الصعوبة في بدء التبول وضعف الرشق والبوال الليلي وتكرار التبول وعسرة التبول. كما نبحث عن وجود قصة انتان مجاري بولية أو التهاب إحليل أو قولنج حالبي (مما يشير إلى حصاة ربما تكون تحركت إلى المثانة وانحشرت في عنق المثانة أو الإحليل) أو بيلة دموية، أو قصة قثطرة مديدة (تشير لتضيق إحليل). أما قصة الرض فتكون واضحة، فهل سقط المريض بوضعية انفراج الساقين؟، وهل أدى السقوط لكسور في الحوض؟. هل المريض مصاب بإمساك مما يشير لاحتشار برازي؟. الرحم الحامل يكون واضحاً.

■ العام General:

الاحتباس البولي الحاد شائع بعد الجراحة لا سيما لدى المسنين الذكور. قد يرجع ذلك للقلق أو الحرج أو وضعية الاستلقاء أو الألم أو الأدوية أو فرط حمل السوائل أو حالة موثية ذات أعراض بسيطة ولم تكن مكتشفة سابقاً أو بعد استقصاءات بولية أحدثت خثرات دموية في المثانة. يجب التحري عن قصة مرض عصبي، وهل عانى المريض من أذية للنخاع الشوكي؟. كما نتحرى عن القصة الدوائية.

الفحص EXAMINATION:

■ الموضعي Local:

قد يوجد لدى المريض مثانة ممضة مجسوسة ومؤلمة في حالة البدء المفاجئ للاحتباس البولي. نادراً ما تصل المثانة إلى فوق الارتفاق العاني في الاحتباس الحاد،

بينما تتصف المثانة في الاحتباس المزمن بكونها غير مؤلمة غالباً ومتمددة بشكل أكبر مما هو في الاحتباس الحاد وغالباً ما تصل للسرة. وفي حالة الاحتباس المزمن قد نجد سلس بولي بالإفاضة. يجب جس مسار الإحليل للبحث عن الحصيات أو التضيقات. كما يجب إجراء مس شرجي لتحري ضخامة الموثة والأورام الحوضية. بعد الرض الحوضي حيث يحدث أذية للإحليل. تكون الموثة عالية وعائمة "Floating" بالمس الشرجي. يجب فحص صماخ الإحليل لكشف القرحات والحصيات، كما يجب التحري عن علامات اليوريمية التي قد تكون موجودة في حال الاحتباس المزمن.

■ **العام General:**

الاحتباس التالي للعمل الجراحي واضح لا لبس فيه. أحياناً يصعب جس المثانة نتيجة الألم والدفاع المتعلقين بالشق الجراحي. كما أن الأسباب العصبية والأسباب المتعلقة برض العمود الفقري واضحة في الغالب. يجب إجراء فحص كامل للجملة العصبية.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل FBC، سرعة تثفل ESR:**

يهبط الخضاب في القصور الكلوي المزمن والأورام والبيلة الدموية. ترتفع الكريات البيض في الإنتانات. وترتفع سرعة التثفل في الخباثات والإنتانات.

- **عينة منتصف الإفراغ البولي MSU:**

فحص مجهري، زرع وتحسس لإنتانات الجهاز البولي، فحص خلوي لتأكيد الخباثة.

- **البولة والكهارل U&Es:**

قصور كلوي، اعتلال بولي ساد.

- **صورة شعاعية للصدر CXR:**

وذمة رئوية (قصور كلوي مزمن)، احتمال نقائل سرطانية.

- **الأمواج فوق الصوت US:**

حجم المثانة يؤكد التشخيص، توسع الجهاز البولي العلوي بسبب الضغط الراجع، الرحم الحامل.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تصوير الإحليل Urethrography:**

دسامات الإحليل، التضيقات، رضوض الإحليل.

- **المستضد الموثي النوعي PSA:**

كارسينوما الموثة.

- **تنظير المثانة Cystoscopy:**

حصيات، ورم، تضيق.

- **الدراسات البولية الديناميكية Urodynamics:**

تحديد وتقييم مشاكل عنق المثانة والمشاكل العصبية.

مشاكل الإبصار VISUAL PROBLEMS

البصر حاسة مهمة للغاية بحيث أن المرضى الذين يأتون بخلل في هذه الحاسة يكونون بحالة كرب شديد. تجد في الأسفل قائمة بالأمراض الشائعة التي قد تسبب مشاكل بصرية، وهي مرتبة بحسب الأعراض.

الأسباب CAUSES:

الاضطرابات البصرية (الأضواء الوامضة أو الأجسام السابحة)

الشقيقة.

انفصال الشبكية.

نزف الزجاجي.

انفصال الزجاجي.

تشوش الرؤية:

أسواء الانكسار.

أذيات الرأس.

الرض الكليل على العين.

الزرق الحاد مغلق الزاوية.

فقد البصر:

فقد البصر الجزئي: عمى شقي مماثل الجانب – نشبة، ورم.

عمى شقي صدغي مزدوج – ورم النخامة.

فقد الساحة الأفقية – انسداد الأوعية الشبكية.

فقد الساحة المحيطية – الزرق – وذمة حليمة العصب البصري.

فقد الساحة المركزية – تنكس اللطخة الصفراء.

فقد البصر الكلي:

الحاد: كمنة عابرة.

التهاب الشريان الصدغي.

التهاب العصب البصري.

انسداد الوريد الشبكي المركزي.

انسداد الشريان الشبكي المركزي.

وذمة الحليمة.

ـ ارتفاع الضغط داخل القحف.

ـ ارتفاع الضغط الخبيث.

التدريجي:

ـ الساد.

ـ الزرق.

ـ اعتلال الشبكية السكري.

ـ تنكس اللطخة الصفراء الشيخي.

القصة HISTORY:

من المهم بداية تحديد فقد البصر هل هو أحادي أو ثنائي الجانب. تسبب أدواء العصب العيني أو البصري عادة فقد بصر أحادي الجانب، بينما تسبب الإصابات عند التصالب البصري أو الأكثر خلفية فقداً ثنائي الجانب للبصر والذي يتعلق بالساحات البصرية العمودية. قد ينتج فقد البصر المركزي عن مرض اللطخة الصفراء أو العصب البصري. تؤدي إصابات الشبكية إلى عتمات إيجابية (المريض يعي أن قسماً من الساحة البصري مغيب)، بينما تؤدي الأذية خلف الشبكية إلى عتمات سلبية (لا يشعر المريض بغياب قسم من الساحة البصرية).

■ **الاضطرابات البصرية Visual disturbances:**

الأضواء الوامضة مزدوجة الجانب والخطوط المتكسرة غالباً ما تكون شكاية مرضى الشقيقة عند الهجمات. وهي تترافق بصداع نابض وغثيان وإقياء ورهاب الضوء. يترافق كل من انفصال الزجاجي الخلفي ونزف الزجاجي وانفصال الشبكية بالأجسام السابحة والأضواء الوامضة. تكون القدرة البصرية والساحة البصرية سليمتين في البداية لكنهما قد تتأثران بنزف الزجاجي الغزير أو انفصال الشبكية المتقدم.

■ **تشوش الرؤية Blurring of vision:**

أكثر الأسباب شيوعاً لتشوش الرؤية هي أسواء الانكسار (حسر أو مد البصر). وهي مشكلة شائعة تصحح بالعدسات لدى اختصاصيي البصريات. قد تسبب أذيات الرأس أو العين تشوش رؤية عابر. في الزرق الحاد مغلق الزاوية تؤدي وذمة القرنية إلى ظهور هالات حول الضوء ويرافقها احمرار العين مع ألم فيها.

■ **فقد البصر Loss of vision:**

قد يكون فقد البصر جزئياً أو كلياً. إن وصف منطقة فقد الساحة البصرية الجزئي يعطي معلومات هامة. سبب الشكوى من فقد البصر في الساحة البصرية العمودية هو الإصابات خلف التصالب البصري والتي غالباً ما تنتج عن النشبة، بالرغم من إمكانية حدوث نفس التأثير بسبب الآفات الشاغلة لحيز كالأورام الدماغية. يملي فقد البصر للساحة البصرية الأفقية كون السبب موجوداً في الشبكية وعادة ما ينتج عن انسداد الأوعية الشبكية. قد يشكو مرضى الزرق من الرؤية الأنبوبية، بينما قد يعاني مرضى تنكس اللطخة الصفراء من فقد الساحة البصرية المركزية الفجائي.

غالباً ما يكون فقد البصر الكلي المفاجئ من منشأ وعائي. الكمنة العابرة هي عمى مفاجئ عابر في عين واحدة بسبب صمة شريانية في الشريان العيني. الشكل الكلاسيكي هو الشكوى من إسدال ستارة على الساحة البصرية. أما في التهاب الشريان بالخلايا العرطلة الذي يصيب الشريان العيني فقد يحدث عمى مفاجئ مترافق مع أعراض الصداع الصدغي وعرج الفك. وغالباً ما يترافق ذلك مع ألم العضلات الرثوي العديد. قد تسبب وذمة الحليمة فقد بصر عابر لمدة بضع ثوان ويتعلق بالوضعة.

قد يحدث العمى أحادي الجانب الناتج عن التهاب العصب البصري في سياق التصلب العديد، وغالباً ما يترافق بألم خلف المقلة يشتد مع حركة العين ويبدأ بضعف بصر يترقى خلال بضعة أيام.

اعتلال الشبكية السكري هو أشيع سبب للعمى في المجتمعات الغربية. إضافة لذلك فإن السكريين أكثر عرضة لحدوث الساد والزرق. لدى المسنين قد يعزى البدء التدريجي لفقد البصر إلى الساد أو الزرق أو تنكس اللطخة الصفراء الشيخي. بسبب البدء التدريجي للأعراض فإن هذه المجموعات من المرضى قد لا تأتي للطبيب إلا متأخرة جداً. قد يمكن رؤية الساد بفحص العين.

الفحص EXAMINATION:

يجب فحص القدرة البصرية دون مساعدة Unaided بلوحة Snellen وباستعمال التصحيح بالثقب Corrected With Pinhole. في حال تعذر رؤية أكبر حرف نعمد لتقدير الرؤية عن طريق عد الأصابع. الاختبارات الأخرى التي تستعمل هنا هي اختبارات الحركة، وأخيراً التمييز بين الضوء والظلام. في حالة أسواء الانكسار يمكن تصحيح البصر بالنظر إلى لوحة Snellen من خلال الثقب. تفحص الساحتين البصريتين باختبار المقابلة Confrontational حيث يمكن إجراء تقدير تقريبي لمدى نقص البصر.

يسمح لنا ارتكاس الحدقة للضوء (المباشر والتوافقي) بتقدير سلامة الطرق البصرية. قد يفقد منعكس الضوء المباشر في إصابات العصب البصري أحادية الجانب وفي انسداد الشريان الشبكي المركزي.

تتراجع رؤية الألوان بشكل غير متناسب مقارنة مع القدرة البصرية في أمراض العصب البصري. ويمكن اختبار ذلك باستعمال لوحات إيشيهارا Ishihara Plates.

- **تنظير قعر العين Fundoscopy:**

يعطينا تنظير قعر العين ثروة من المعلومات. يزول المنعكس الأحمر في الساد. قد يظهر فحص الشبكية اعتلال الشبكية الأساسي بالسكري المكون من نزوف نقطية وبقعية مع بقع بشكل ندف القطن. في حالة اعتلال الشبكية بارتفاع ضغط الدم يمكن رؤية شكل سلك الفضة والتثلم الشرياني الوريدي ونزوف الشبكية وأخيراً وذمة الحليمة. يشير نمو أوعية جديدة على الشبكية إلى اعتلال الشبكية التكاثري. تظهر الشبكية المحتشية متوذمة وشاحبة بخلاف اللطخة الصفراء التي تكون بارزة وحمراء (بقع الكرز الأحمر). يمكن رؤية طيات الشبكية المنفصلة، كما يمكن رؤية الدم والخثرات الدموية في نزوف الزجاجي. تصبح حواف القرص البصري غير واضحة في وذمة الحليمة والتهاب العصب البصري، لكنها قد تبدو شاحبة فيما بعد. يحدث مظهر الكوب في القرص البصري في الزرق المزمن.

بعد إتمام فحص العين يجب إجراء فحص للجملة العصبية متبوعاً بفحص الجهاز القلبي الوعائي لاستبعاد مصادر الصمات. يفحص نظم النبض لكشف الرجفان الأذيني، ويجرى إصغاء القلب والسباتيين من أجل النفخات. يقاس ضغط الدم لاستبعاد ارتفاع ضغط الدم.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **سرعة التثفل ESR:**

التهاب الشريان بالخلايا العرطلة.

- **سكر الدم Blood glucose:**

يرتفع في الداء السكري.

- **قياس ضغط باطن العين Intraocular pressure measurements:**

يرتفع في الزرق.

- **قياس الساحة البصرية Perimetery:**

فحص نظامي للساحة البصرية في كل عين. العتمات المقوسة توجد في الزرق. قد ترى العتمات المركزية في التهاب العصب البصري. وقد نجد العمى الشقي الصدغي المزدوج / العمى الشقي المتماثل والعمى الربعي في الإصابات العصبية.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تصوير طبقي محوري / رنين مغناطيسي للراس CT/ MRI head:**

أورام، نشبات، تصلب عديد.

- **تصوير السباتيين بالدوبلر Carotid Dopplers:**

لويحات تصلب عصيدي في الكمنة العابرة.

- **خزعة الشريان الصدغي Temporal artery biopsy:**

التهاب الشريان الصدغي.

- **امواج فوق الصوت US:**

لتقييم الشبكية في حال عدم التمكن من الرؤية بسبب الساد أو نزف الزجاجي.

اضطرابات الصوت VOICE DISORDERS

يمكن أن تنشأ اضطرابات الصوت من عدد من الأسباب. يتراوح التغير في نوعية الصوت من البحة الخفيفة إلى فقد الصوت بالكامل. من المهم جداً استبعاد كارسينوما الحنجرة التي يمكن علاجها بسهولة في المراحل الباكرة، لكن إنذارها وخيم متى ظهرت النقائل.

الأسباب CAUSES:

إنتاني:

التهاب الحنجرة.

رضي:

رض كليل.

استخدام مفرط للصوت (إجهاد صوتي).

تنشؤي:

الورم الحليمي الحنجري.

كارسينوما الحنجرة.

شلل العصب الحنجري الراجع:

سلعة درقية.

كارسينوما المري.

كارسينوما القصبات.

أم دم الأبهر الصدري.

تالي للجراحة – الجراحة الصدرية وجراحة جارات الدرق وجراحة الدرق.

نفسي:

الوهن العضلي الوخيم.

القصة HISTORY:

■ **البدء Onset:**

إن السمية المؤقتة لتدهور نوعية الصوت مفيدة في التمييز بين الأسباب. قد تؤدي الإنتانات والاستعمال المفرط للصوت إلى تدهور عابر. بينما قد يعزى التدهور المترقي إلى الأورام وتعزى البحة المستمرة إلى شلل العصب الحنجري الراجع.

■ العوامل المؤهبة Precipitating factors:

تسبق الإنتانات الفيروسية عادة التهاب الحنجرة الحاد وقد تكون هي السبب. وغالباً ما يكون العامل الفيروسي هو الأنفلونزا. التدخين والاستعمال المفرط للصوت من قبل المغنين، أو بكل بساطة الصراخ الشديد الذي يؤدي إلى رض الحبال الصوتية غالباً ما تكون كافية لحدوث البحة. قد يكون هناك قصة واضحة لرض كليل على الحنجرة، وعندها قد تكون البحة الناجمة عن كسور الحنجرة المؤشر الأول لأذية الطرق التنفسية.

■ القصة الطبية السابقة Past medical history:

عادة ما يكون شلل العصب الحنجري الراجع المترافق بسلعة درقية (دراق) ناتجاً عن خباثة في الدرق. وقد يحدث ارتشاح هذا العصب بالورم في حالة أورام المري أو الرئة. قد تكون بحة الصوت الشكوى الأولى لمريض لديه أم دم الأبهر الصدري. قد تؤدي جراحة الدرق أو الجراحة الصدرية السابقة لأذية العصب المبهم أو العصب الحنجري الراجع.

■ الأعراض المرافقة Associated symptoms:

قد يرافق التهاب الحلق الناجم عن التهاب البلعوم التهاب الحنجرة الحاد. قد يكون الألم الرجيع إلى الأذن أو عسرة البلع المظاهر المتأخرة لكارسينوما الحنجرة. كما أن عسرة البلع المترقية بسرعة هي عرض لكارسينوما المري. قد يترافق خروج الصوت من الأنف مع الإطراق والشفع وتعب العضلات في الوهن العضلي الوخيم. إن وجود أعراض غريبة مترافقة مع خلل شدة الصوت لكن السعال طبيعي يوجه لأخذ السبب الوظيفي بعين الاعتبار، وعلى كل حال يبقى وضع هذا التشخيص من نوع التشخيص بنفي الأسباب الأخرى.

الفحص EXAMINATION:

يجرى تنظير الحنجرة غير المباشر باستعمال مرآة وضوء الرأس. في حال الفشل في ذلك يمكن فحص الحنجرة بسهولة بمنظار الحنجرة الليفي البصري المرن تحت التخدير الموضعي. نرى حنجرة جافة حمامية في الالتهاب الحاد. قد نتمكن من رؤية الورم الحليمي على الحبل الصوتي وكارسينوما فوق المزمار بسهولة. تؤدي أذية العصب الحنجري الراجع إلى شلل الحبل الصوتي وحيد الجانب، فإذا لوحظ ذلك يجب إجراء فحص مفصل لتحديد السبب وراءه. يجب فحص العنق لكشف الدراق. قد تحدث

ضخامة العقد اللمفاوية فوق الترقوة في حالة كارسينوما المري. يجب فحص الصدر بدقة للتعرف على علامات الانخماص والانصباب اللذين قد يكونان تاليين لكارسينوما القصبات.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل FBC:**

زيادة الكريات البيض في التهاب الحنجرة.

- **سرعة تثفل ESR:**

ترتفع في التهاب الحنجرة والكارسينوما.

- **صورة الصدر الشعاعية CXR:**

كارسينوما القصبات، زيادة عرض المنصف في أم دم الأبهر الصدري.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **اختبار تنسيلون:**

الوهن العضلي الوخيم.

- **التنظير Endoscopy:**

كارسينوما المري.

- **تصوير طبقي محوري للعنق CT neck:**

تشخيص وتحديد مرحلة كارسينوما الحنجرة والدرق.

- **تصوير طبقي محوري للصدر CT thorax:**

أورام الرئة، أم دم صدرية.

- **تصوير قوس الأبهر Arch aortography:**

أم دم أبهر صدري.

- **الخزعة بالإبرة الرفيعة FNAC:**

كارسينوما الدرق.

القيء VOMITING

القيء هو قذف محتوى المعدة القسري عبر الفم، ويحدث عند تنبيه مركز القيء الكائن في البصلة. وقد يكون السبب في ذلك التنبيه المباشر لمركز القيء (القيء المركزي) أو عبر الألياف الواردة (القيء الانعكاسي).

الأسباب CAUSES:

القيء المركزي:

الأدوية. مثل المسكنات التخديرية وأدوية المعالجة الكيماوية.

الإنتانات الحادة لاسيما لدى الأطفال.

غدي / استقلابي.

- الحمل.
- اليوريميا.
- فرط كالسيوم الدم.
- الحماض السكري الخلوني.
- داء أديسون.

القيء الانعكاسي:

الأمراض الهضمية:

الالتهاب: التهاب الزائدة الدودية.

التهاب المرارة.

التهاب البنكرياس.

القرحة الهضمية.

التهاب الصفاق.

القولنج الصفراوي.

الانسداد: تضيق البواب.

انسداد الأمعاء الدقيقة.

انسداد الأمعاء الغليظة.

مخرشات الجهاز الهضمي:	الجراثيم مثل الكامبيلوباكتر والسالمونيلا.
	الأدوية مثل الأسبرين ومضادات الالتهاب اللاستروئيدية والكحول والحديد والصادات.
	السموذم مثل الزرنيخ.
	المقيئات مثل كلور الصوديوم وعرق الذهب.
أسباب الجملة العصبية المركزية:	ارتفاع الضغط داخل القحف.
	اضطرابات التيه.
	داء منيير.
	أذية الرأس.
	الشقيقة.
	داء الحركة Motion Sickness.
نفسي:	الأمراض النفسية مثل النهام الهيستيريا والنهام والقهم العصبي.
	المناظر والروائح الكريهة.
غيرها:	احتشاء العضلة القلبية.
	الألم الشديد مثل انفتال الخصية والكسور.
	التشعيع.
	الأمراض الخبيثة المنتشرة.
	السعال الشديد كما في التهاب القصبات المزمن.

القصة HISTORY:

■ عام General:

طبيعة القيء Nature of the vomiting:

دم أحمر لامع مثل قرحة هضمية نازفة. دم متغير (طحل القهوة). صفراء (انسداد علوي في الأمعاء الدقيقة)، برازي (انسداد سفلي في الأمعاء الدقيقة). طعام مأكول حديثاً. طعام مأكول منذ عدة أيام (تضيق بواب)، قيء نافوري (انسداد بواب عند الرضع).

توقيت القيء Time of vomit:

بعد الطعام بقليل (قرحة معدية، كارسينوما المعدة). في الصباح الباكر (حمل). إنتان صدري مزمن (بعد نوبة من السعال).

إزالة الألم بالقيء Relief of pain by vomiting:

مرض القرحة الهضمية.

■ **القيء المركزي Central vomiting:**

يجب أخذ القصة الدوائية بدقة وبذا يكون من الواضح ما إذا كان المريض يطبق له علاج كيميائي. الإنتانات الحادة عند الأطفال تكون واضحة عادة. تحرّ وجود حمل. أما الأمراض الغدية والاستقلابية فتعتمد بشكل كبير على نتائج التحاليل الدموية.

■ **القيء الانعكاسي Reflex vomiting:**

هضمي Gastrointestinal:

توجد عادة قصة واضحة لمشاكل هضمية، مثل مضض موضع في التهاب الصفاق أو ألم قولنجي يرافق انسداد الأمعاء. نبحث في القصة الدوائية عن تناول الأدوية المخرشة مثل الأسبرين. كما يجب التحري عن سوء استعمال المقيئات مثل حالة النهام.

الجملة العصبية المركزية CNS:

يرافق ارتفاع الضغط داخل القحف عادة وجود صداع ونعاس ونوب إضافة للقيء. أما في التهاب التيه فنجد غثياناً وإقياءً ودواراً وإصابة سمعية. يتظاهر داء منيير بدوار وطنين وصمم، الطنين ثابت عادة لكنه يشتد قبل الهجمة، وقد يظهر قبل بقية الأعراض بفترة عدة أشهر. قد تستمر هجمة داء منيير من دقائق وحتى ساعات. وتتظاهر الشقيقة بالنسمة البصرية (Visual Aura) مع صداع شقي نابض وأحياناً رهاب الضوء. وفي داء الحركة تكون القصة واضحة عادة.

النفسي Psychogenic:

النهام هو الأكل متبوعاً بالقيء المحرض ذاتياً. وقد يحدث القيء أيضاً في القهم العصبي، لكن العرض المسيطر هنا هو الامتناع عن الأكل. قد تكون الهستريا سبباً للقيء. يوصى بتقييم نفسي كامل.

غيرها *Others*:

القصة واضحة عادة في الأسباب الأخرى. فنجد الألم الصدري الشديد في احتشاء العضلة القلبية ، والألم الشديد المرافق لانفتال الخصية أو الرض. قصة الكسور تكون واضحة . قد تكون هناك قصة ألم صدري شديد في الإنتانات مثل التهاب القصبات أو توسع القصبات، يرافقها نوب السعال التي يتلوها القيء. قد توجد قصة حديثة للعلاج بالأشعة في حالة الأمراض الخبيثة. قد تسبب الخباثة القيء إن انتشرت بشكل واسع.

الفحص EXAMINATION:

■ **الهضمي Gastrointestinal:**

يجب إجراء فحص هضمي كامل، والتحري عن علامات المضض الموضع أو علامات انسداد الأمعاء.

■ **الجملة العصبية المركزية CNS:**

في حال وجود ارتفاع الضغط داخل القحف نجد بالفحص كسلاً وهيوجية ونعاساً وبطء نبض مع ارتفاع ضغط الدم ، وهنا يجب التحري عن وذمة حليمة العصب البصري. وعند تطور الحالة يظهر السبات والتنفس غير المنتظم. أما في التهاب التيه الحاد فنجد رأرأة باتجاه الجانب المقابل للإصابة، وإيجابية اختبار الناسور (الضغط على زنمة الأذن Tragus يحدث الدوار أو انحراف العين عن طريق إنقاص حركة اللمف المحيطي). قد يحدث نقص سمع حسي عصبي في التهاب التيه القيحي. وفي داء منيير نجد رأرأة دورانية وعدم ثبات الوقوف والمشية خلال الهجمة إضافة لعدم التصويب.

■ **النفسي Psychogenic:**

في القهم العصبي المريض أنثى نحيلة شعرانية، والأهل قلقون غالباً.

■ **غيرها Others:**

قد نجد في احتشاء العضلة القلبية الحاد علامات قصور قلب احتقاني حاد. وفي الحالات الناشئة عن الألم الشديد يجب الانتباه عادة للمنطقة المناسبة، مثل الصفن في رض أو انفتال الخصية. وفي العلاج الشعاعي قد نجد علامات جلدية لجلسة معالجة حديثة. وفي حالة انتشار المرض الخبيث يكون المريض غالباً مدنفاً، وقد يكون موضع الورم الأولي واضحاً. كما قد تكون العلامات الصدرية واضحة في حالة السعال الشديد.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **تعداد دم كامل FBC و سرعة تثفل ESR:**

ينخفض الهيموغلوبين في الأمراض الهضمية والخباثة والقهم العصبي. يرتفع تعداد الكريات البيض في التهاب البطن. ترتفع سرعة التثفل في الالتهاب والأورام.

- **البولة والكهارل U&Es:**

تجفاف. يوريميا. فرط بوتاسيوم الدم في داء أديسون.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

إصابة الأقنية الصفراوية.

- **أميلاز المصل Serum amylase:**

التهاب بنكرياس.

- **صورة الصدر الشعاعية CXR:**

قصور قلب احتقاني – وذمة رئة. خباثة. ذات رئة. توسع قصبات.

- **تخطيط القلب الكهربائي ECG:**

احتشاء عضلة قلبية.

- **صورة البطن الشعاعية AXR:**

انسداد.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **سكر الدم Blood glucose:**

يرتفع في السكري، وينخفض في داء أديسون.

- **كالسيوم المصل Serum calcium:**

فرط نشاط جارات الدرق وغيره من أسباب فرط كالسيوم المصل.

- **غازات الدم الشرياني ABGs:**

الحماض الكيتوني السكري.

- **βHCG:**

حمل.

- **فحص السموم Toxicology screen:**

الأسباب الدوائية للقيء.

- **الرحضة الباريتية Barium enema:**

الخباثة. داء الرتوج.

- **رحضة الأمعاء الدقيقة Small bowel enema:**

مرض هضمي مثل داء كرون.

- **التنظير المريئي المعدي العفجي OGD:**

قرحة هضمية. خباثة.

- **امواج فوق الصوت US:**

مرض هضمي مثل حصيات المرارة

- **التصوير الطبقي المحوسب CT:**

خباثات البطن. آفة شاغلة لحيز داخل القحف مما يرفع الضغط داخل القحف.

- **اختبار رينيه Rinne's test:**

داء منيير. التهاب التيه.

- **الاختبار الحروري Caloric tests:**

التهاب التيه، داء منيير.

- **تخطيط السمع Audiometry:**

داء منيير. التهاب التيه.

كسب الوزن WEIGHT GAIN

لا يكون كسب الوزن مرضياً في معظم الحالات. تعتبر الأمراض المذكورة لاحقاً – باستثناء الحمل – مسؤولة عن أقل من 1٪ من حالات كسب الوزن.

الأسباب CAUSES:

الحمل Pregnancy:

زيادة الشحوم:

متلازمة كوشينغ.

قصور الدرق.

متلازمة المبيض متعدد الكيسات.

أمراض تحت المهاد.

زيادة السوائل:

قصور قلب.

قصور كلوي – متلازمة كلائية.

الحبن.

انسداد لمفاوي.

زيادة العضلات:

هرمون النمو.

الستيروئيدات الأندروجينية.

الرياضيون مثل رافعو الأثقال.

القصة HISTORY:

■ **عام General:**

يجب السؤال عن احتمال وجود حمل أو أي تغير في العادات الغذائية قد يؤدي لكسب وزن بسيط. غالباً ما يكون الكسب السريع للوزن تالياً لزيادة السوائل مقارنة بزيادة الوزن الجاف Dry Weight. تفيد القصة الدوائية في استبعاد استعمال الستيروئيدات الابتنائية وهرمون النمو خاصة لدى لاعبي بناء الأجسام.

■ متلازمة كوشينغ Cushing's syndrome:

يأتي مريض متلازمة كوشينغ بشكوى نمو أشعار وعد وخطوط بطنية (تشققات) وضعف عضلي وألم ظهري وانقطاع طمث وكدمات وجلد رقيق واكتئاب. يجب معرفة مصدر الستيروئيدات هل هو داخلي أو خارجي وذلك من خلال القصة الدوائية.

■ قصور الدرق Hypothyroidism:

قد يشكو المريض من نوام وقهم وعدم تحمل البرد ودراق (سلعة) وجفاف شعر وجلد وإمساك وغزارة طمث.

■ متلازمة المبيض المتعدد الكيسات Polycystic ovarian syndrome:

الشكوى هنا هي الشعرانية والبدانة وعدم انتظام الطمث، وتترافق مع مقاومة الأنسولين.

■ أمراض تحت المهاد Hypothalamic disease:

قد تكون القصة السابقة لجراحة عصبية أو ورم بلعومي قحفي أو غيره من أورام الدماغ، سببت أذية لما تحت المهاد. ولكونها المنطقة المسؤولة عن تنظيم الشهية فقد تحدث عملية أكل لكميات كبيرة ودون سيطرة.

■ قصور القلب Cardiac failure:

قد يترافق انحباس السوائل في قصور القلب بأعراض الزلة الجهدية والاضطجاعية والزلة الليلية الاشتدادية. كما قد يحدث حبن ووذمة محيطية، نتيجة لقصور القلب الاحتقاني.

■ القصور الكلوي Renal failure:

قد نجد هنا نوام وجلد مصطبغ وهش ووذمة محيطية ووذمة حول العينين وسهاف وبوال.

■ الحبن Ascites:

راجع الصفحة 53.

الفحص EXAMINATION:

■ التأمل Inspection:

يجب الانتباه لنموذج توزع الشحم في الجسم. مرضى متلازمة كوشينغ لديهم بدانة في الجذع مع نحول في العضلات الدانية. الشعرانية هي مظهر لمتلازمة كوشينغ ومتلازمة المبيض متعدد الكيسات. في قصور الدرق قد يحدث غياب للثلث الوحشي من الحواجب ووجود سحنة "الخوخ والكريما" Peaches and Cream.

قد يظهر تأمل الجذع رقة الجلد الذي يتكدم بسهولة في متلازمة كوشينغ والقصور الكلوي. إضافة لذلك، قد نجد في متلازمة كوشينغ تشقق جلد وحدب صدري بسبب الكسور الإسفينية الناجمة عن تخلخل العظام.

يوجد ضعف العضلات الدانية في متلازمة كوشينغ وفي قصور الدرق. يجب التحري عن "بناء الأجسام".

■ الجس والإصغاء Palpation and auscultation:

قد تكون الوذمة المحيطية مظهراً لفرط حمل السوائل في القصور الكلوي والقلبي. أما الوذمة غير الانطباعية فتميز قصور الدرق. يجب فحص ضغط الوريد الوداجي حيث يرتفع في قصور القلب الاحتقاني وفرط حمل السوائل بسبب القصور الكلوي. يؤخذ النبض حيث قد نلاحظ بطء النبض في قصور الدرق. كما يؤخذ ضغط الدم، وقد يعزى ارتفاع الضغط لاستخدام قياس الكم غير المناسب أو كاختلاط لمتلازمة كوشينغ.

قد يسمع صوت ثالث في القلب في حالة قصور القلب، أما الخراخر الرئوية المنتشرة فتشير إلى وذمة رئة ناجمة عن قصور قلب أو فرط حمل السوائل بسبب قصور كلوي.

قد يكشف فحص أجهزة البطن وجود الحبن (انظر صفحة 53) الذي قد ينتج عن أمراض الكبد أو الخباثات أو قصور القلب. يجرى فحص عصبي كامل لتحري وجود خلل عصبي والذي قد يستدعي إجراء تصوير بهدف التشخيص للبحث عن إصابات تحت المهاد. في حال وجود أي شك في أن المريض يتناول الأدوية البانية للجسم مثل الستيروئيدات الابتنائية. يجب التحري عن ضمور الخصية وضخامة الموثة.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **فحص البول Urine dipstick:**

السكر +++ : سكري بسبب كوشينغ أو كاختلاط للبدانة. البروتين +++ : في المتلازمة الكلائية. قد يوجد الدم في أمراض الكلية.

- **البولة والكهارل U&Es:**

ينخفض البوتاسيوم في كوشينغ. ترتفع البولة والكرياتينين في قصور الكلية.

- **اختبار وظائف الدرق الحرTFTs:**

لتحري قصور الدرق.

- **الكورتيزول العشوائي Random cortisol:**

يشير ارتفاعه في المساء إلى متلازمة كوشينغ، إلا أن وجود نتيجة سوية لا ينفي المرض. بالرغم من شيوع إجرائه فإن قيمته التشخيصية ضئيلة.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **الكورتيزول الحر في بول 24 ساعة:**

يرتفع في متلازمة كوشينغ.

- **بروتين بول 24 ساعة:**

أكثر من 3.5 غ في المتلازمة الكلائية.

- **اختبار الديكساميتازون منخفض الجرعة:**

فشل تثبيط الكورتيزول في متلازمة كوشينغ.

- **تصوير البطن والحوض بأمواج فوق الصوت:**

أمراض الكلية. المبيض متعدد الكيسات.

- **إيكو القلب:**

قصور قلب.

- **تصوير طبقي محوري / رنين مغناطيسي للرأس:**

أمراض تحت المهاد.

- **خزعة الكلية:**

لتحديد السبب المرضي لمرض البرانشيم الكلوي.

نقص الوزن WEIGHT LOSS

قد يكون فقد الوزن غير المتعمد مظهراً لأحد الأمراض المستبطنة. نذكر فيما يلي أسباب فقد الوزن الخفي.

الأسباب CAUSES:

الأمراض الجهازية:

الخباثة.

قصور قلب.

أمراض تنفسية مزمنة.

سوء امتصاص.

قصور كلوي.

قصور كبدي.

غدية:

فرط نشاط الدرق.

الداء السكري.

داء أديسون.

إنتانية:

تدرن.

إيدز.

خمج بالديدان.

نفسية:

اكتئاب.

القهم العصبي.

القصة HISTORY:

■ عام General:

يجب ملاحظة مقدار نقص الوزن والفترة الزمنية التي حدث خلالها. ونحتاج لقصة غذائية لتحديد نوعية وكمية الأطعمة المتناولة. قد يحدث نقص الوارد الغذائي بسبب نقص الشهية أو فقد الرغبة بالأكل التالي للاكتئاب. وبالمقابل فإن مرضى فرط نشاط الدرق يصابون بنقص الوزن على الرغم من شراهتهم للطعام.

يجب السؤال عن تصور المريض لوضع جسمه، إذ أن مرضى القهم العصبي يعتقدون أنهم بدينين رغم كون وزنهم ناقص بشدة. عند الاشتباه بفيروس HIV نسأل عن قصة العلاقات الجنسية ومعلومات تتعلق باستعمال المخدرات وريدياً. والخطوة التالية هي أسئلة عن جميع الأجهزة للتعرف على مظاهر تشير لخباثة أو قصور الأعضاء في كل جهاز والتي قد تكون مسؤولة عن نقص الوزن غير المتعمد.

■ **الجهاز القلبي التنفسي Cardiorespiratory system:**

إن ضيق النفس والزلة الاضطجاعية والزلة الليلية الاشتدادية والوذمة المحيطية هي أعراض تشير إلى قصور القلب الاحتقاني. عند مرور وقت طويل على قصور القلب يحدث الدنف القلبي بسبب نقص شحوم الجسم الكلية ونقص الكتلة العضلية. إن أشيع سبب إمراضي حالياً هو المرحلة النهائية من اعتلال العضلة القلبية الإقفاري. يشير ضيق النفس دون مرافقة الزلة الاضطجاعية والزلة الليلية الاشتدادية إلى مرض تنفسي. يرتفع معدل الاستقلاب الأساسي في كل الأمراض التنفسية بسبب زيادة عمل التنفس. قد يكون سبب نفث الدم الخباثة أو التدرن. إن قصة التدخين لفترة طويلة هي مؤهب قوي لحدوث كارسينوما القصبات والأمراض التنفسية المزمنة السادة COPD. قد يترافق التعرق الليلي ونقص الوزن مع مظاهر لكل من التدرن وداء هودجكن.

■ **الجهاز الهضمي Gastrointestinal system:**

إن النوام والإسهال والإسهال الدهني (انظر الصفحة 464) وحس الانزعاج البطني، هي أعراض متفاوتة تشير لسوء الامتصاص. الأعراض التي ترافق أمراض الكبد هي: اليرقان والبول الداكن والبراز الشاحب والحكة وتطاول النزف، وانتفاخ البطن بسبب الحبن، والتخليط الذهني. قد يعزى حدوث الألم البطني المبهم، والتغير في عادة التغوط، والزحير، ووجود الدم أو المخاط في البراز، إلى الخباثات الهضمية. قد يشكو مرضى الإنتان بالديدان مثل الأسكاريس من حكة حول الشرج كما قد يلاحظون خروج الديدان في البراز، وبالرغم من ندرة حدوث ذلك في المملكة المتحدة إلا أنه قد يشاهد لدى العائدين من السفر خارج البلاد.

■ **الجهاز الكلوي Renal system:**

إن النوام، والقهم، والبوال الليلي، وشح البول، والبوال، والبيلة الدموية والبول الرغوي الحاوي للبروتين، وهشاشة الجلد، والحكة، والوذمة، والألم العظمي، هي أشكال للمظاهر عديدة الأجهزة التي تشير للمرض الكلوي.

■ **جهاز الدم Haematological system:**

قد تترافق ضخامة العقد اللمفاوية الموضعية وغير المؤلمة في داء هودجكن بالحمى والحكة. إن ضخامة العقد اللمفاوية المعممة الثابتة هي مظهر معروف من مظاهر فيروس HIV.

■ **الجهاز الغدي الصماوي Endocrine system:**

قد يكون العطاش والبوال المترافق مع نقص الوزن المظاهر البارزة للداء السكري. قد يشكو مرضى فرط نشاط الدرق من الرعاش، والجحوظ، وعدم تحمل الحر، والخفقان، والإسهال. في داء أديسون قد يحدث أي مما يلي: قهم ودعث وغثيان وقيء وإسهال وغشي بسبب انخفاض الضغط الانتصابي.

الفحص EXAMINATION:

إن أسباب نقص الوزن الخفي متنوعة كثيراً. قد تساعد المظاهر النوعية التالية التي قد تكشف بالفحص في تحديد السبب الكامن وراء ذلك.

■ **التأمل Inspection:**

قد تكون العلامات التي تشير لمرض غدي صماوي جلية، حيث قد يشاهد الدراق (السلعة) في فرط نشاط الدرق مترافقاً مع الجحوظ والرعاش. إن تصبغ غضون الجلد ومخاطية الفم لدى مريض مدنف مع هبوط ضغط انتصابي هي الموجودات المعتادة في داء أديسون. قد يشاهد اليرقان ورأس المدوسة والعنكبوت الوعائي والتثدي في أمراض الكبد. قد يكون تسرع التنفس، والتنفس مع زم الشفاه واضحين في COPD. وقد يكون تبقرط الأصابع أحد مظاهر كارسينوما القصبات، أو أمراض الرئة المقيحة، أو تشمع الكبد، أو أمراض الأمعاء الالتهابية. يرتفع ضغط الوريد الوداجي في قصور القلب الاحتقاني.

■ **الجس والإصغاء Palpation and ausculation:**

قد نجد وذمة محيطية في قصور القلب وسوء الامتصاص وأمراض الكبد والكلية. قد يكشف إصغاء الصدر خراخر منتشرة في حالة وذمة الرئة الناتجة عن قصور القلب، أو خفوت أصوات التنفس بشكل معمم في COPD. قد يكشف جس البطن وجود ضخامة كبد وحبن في أمراض الكبد. كما قد يحدث الحبن أيضاً في قصور القلب وخباثات جهاز الهضم. يجب قياس ضغط الدم بوضعية الوقوف والاستلقاء بسبب احتمال حدوث انخفاض ضغط انتصابي في داء أديسون.

الاستقصاءات العامة GENERAL INVESTIGATIONS:

- **اختبار الغميسة البولية Urine dipstick:**

السكر في السكري. البروتين والدم في أمراض الكلية.

- **تعداد دم كامل FBC:**

انخفاض الهيموغلوبين في الأمراض المزمنة وأسواء الامتصاص وقصور الكبد والكلية.

- **سرعة التثفل ESR:**

ترتفع في الخباثات

- **البولة والكهارل U&Es:**

ارتفاع البولة والكرياتينين في القصور الكلوي. انخفاض الصوديوم والبيكاربونات وارتفاع البوتاسيوم في داء أديسون.

- **سكر غلوكوز الدم Blood glucose:**

أكثر من 11.1 ميلي مول/ ل في مناسبتين منفصلتين يشير للداء السكري.

- **اختبارات وظائف الكبد LFTs:**

ارتفاع البيليروبين والترانس أميناز مع انخفاض الألبومين في قصور الكبد.

- **مسح التخثر Clotting screen:**

ارتفاع زمن البروثرومبين في قصور الكبد.

- **هرمون الحاثة الدرقية والثيروكسين الحر TSH & free T4:**

انخفاض الحاثة الدرقية وارتفاع الثيروكسين في فرط نشاط الدرق.

- **صورة الصدر الشعاعية CXR:**

خباثة، تدرن.

الاستقصاءات النوعية SPECIFIC INVESTIGATIONS:

- **تقدير الدسم في البراز Faecal fat estimation:**

يرتفع في سوء الامتصاص.

- **الدم الخفي بالبراز Faecal occult blood:**

كارسينوما الكولون والمستقيم.

- **صورة البطن الشعاعية AXR:**

تكلسات البنكرياس في التهاب البنكرياس المزمن.

- **تنظير الكولون Colonoscopy:**

كارسينوما الكولون والمستقيم، الداء المعوي الالتهابي.

- **تنظير المعدة Gastroscopy:**

كارسينوما المعدة.

- **تصوير البطن بالأمواج فوق الصوتية US abdomen:**

خباثة، كلية صغيرة في قصور الكلية.

- **اختبار السيناكتين القصير Short synacthen test:**

عدم زيادة كورتيزول المصل في داء أديسون.

- **تصوير القلب بالإيكو Echocardiography:**

اضطراب البطين في قصور القلب.

- **زرع البراز Stool cultrures:**

فحص مجهري لرؤية الديدان وبيوضها. أحياناً قد ترى الديدان بالعين المجردة.

- **اضداد HIV:**

لتشخيص HIV.

الاختصارات

ABG	Arterial blood gases	غازات الدم الشرياني.
ACE	Angiotensin- converting enzyme	الأنزيم المحول للأنجيوتنسين.
ACTH	Adrenocorticotrophic hormone	الهرمون الموجه لقشر الكظر.
ADH	Antidiuretic hormone	الهرمون المضاد للإدرار.
AF	Atrial fibrillation	رجفان أذيني.
AFP	Alpha fetoprotein.	البروتين الجنيني ألفا.
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome.	متلازمة عوز المناعة المكتسب.
ANA	Antinuclear antibody.	الضد المضاد للنوى.
ANF	Antinuclear factor.	العامل المضاد للنوى.
AP	Anteroposterior.	أمامي خلفي.
APTT	Activated partial thromboplastin time.	زمن الترومبوبلاستين الجزئي المفعل.
AXR	Abdominal X-ray.	صورة بطن بسيطة.
BCG	Bacille Calmette- Guerin.	عصية كالميت- غورين.
BPPV	Benign paroxysmal positional vertigo.	دوار الوضعة الانتيابي السليم.
CAPD	Continuous ambulatory peritoneal dialysis.	الديلزة البريتوانية المستمرة المتنقلة.
CDH	Congenital dislocation of the hip.	خلع الورك الولادي.
CK	Creatine kinase.	كرياتين كيناز.
CMV	Cytomegalovirus.	الفيروس المضخم للخلايا.
CNS	Central nervous system.	الجملة العصبية المركزية.
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease.	الداء الرئوي الساد المزمن.
C&S	Culture and sensitivity.	الزرع والتحسس.
CSF	Cerebrospinal fluid.	السائل الدماغي الشوكي.

CT	Computerized tomography.	التصوير المقطعي المحوسب.
CVA	Cerebrovascular accident.	حادث وعائي دماغي.
CXR	Chest X-ray.	صورة صدر بسيطة.
DHEA	Dihydroepiandrosterone.	داي هيدرو إيبي أندروستيرون
DIC	Disseminated intravascular coagulation.	التخثر المنتشر داخل الأوعية.
DIP	Distal interphalangeal.	بين السلامي القاصي.
DMSA	Dimercaptosuccinic acid.	حمض ثنائي مركابتو السوكسينيك.
DVT	Deep venous thrombosis.	خثار وريدي عميق.
ECG	Electrocardiogram.	تخطيط القلب الكهربائي.
EEG	Electroencephalogram.	تخطيط الدماغ الكهربائي.
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay.	مقايسة الامتزاز المناعي.
EMG	Electromyography.	تخطيط العضلات الكهربائي.
EMSU	Early morning specimen of urine.	عينة بولية صباحية.
ERCP	Endoscopic retrograde cholangiopancreatography.	التصوير بالتنظير الراجع للأقنية الصفراوية والبنكرياس.
ESR	Erythrocyte sedimentation rate.	سرعة تثفل الكريات الحمر
FBC	Full blood count.	تعداد الدم الكامل.
FEV_1	Forced expiratory volume (1sec).	حجم الزفير القسري في الثانية الأولى.
FNAC	Fine needle aspiration cytology.	دراسة خلوية لرشافة بإبرة رفيعة.
FSH	Follicle-stimulating hormone.	الهرمون المنبه للجريبات.
FVC	Forced vital capacity.	السعة الحيوية القسرية.
GCS	Glasgow coma scale.	مقياس غلاسكو للسبات.
GI	Gastrointestinal.	معدي معوي.
G6PD	Glucose-6-phosphate dehydrogenase.	نازعة هيدروجين غلوكوز-6- فوسفات.

Hb	Haemoglobin.	هيموغلوبين.
βHCG	β human chorionic gonadotrophin.	موجه القند المشيمائي البشري β.
5HIAA	5-hydroxyindoleacetic acid.	حمض5- هيدروكسي إندول أسيتات.
HIV	Human immunodeficiency virus.	فيروس عوز المناعة البشري.
Ig	Immunoglobulin.	غلوبولين مناعي.
IP	Interphalangeal.	بين سلامي.
IVC	Inferior vena cava.	الوريد الأجوف السفلي.
IVU	Intravenous urography.	تصوير الجهاز البولي الوريدي.
JVP	Jugular venous pressure.	ضغط الوريد الوداجي.
KUB	Kidney ureter bladder (plain X-ray).	صورة بسيطة للكلية والحالب والمثانة.
LDH	Lactate dehydrogenase.	نازعة هيدروجين اللاكتات.
LFTs	Liver function tests.	اختبارات وظائف الكبد .
LH	Luteinising hormone.	الهرمون الملوتن.
MCH	Mean corpuscular haemoglobin.	متوسط الهيموغلوبين الكريوي.
MCP	Metacarpophalangeal.	سنعي سلامي.
MCV	Mean corpuscular volume.	متوسط الحجم الكريوي.
MEN	Multiple endocrine neoplasia.	الأورام الصماوية المتعددة.
MRCP	Magnetic resonance cholangiopancreatography.	تصوير البنكرياس والأقنية الصفراوية بالرنين المغناطيسي.
MRI	Magnetic resonance imaging.	التصوير بالرنين المغناطيسي.
MSSU	Midstream specimen of urine.	عينة منتصف الإفراغ البولي.
MTP	Metatarsophalangeal.	مشطي سلامي.
NSAID	Non-steroidal anti-inflammatory drugs.	مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية.
OGD	Oesophago-gastro-dudenoscopy.	تنظير مريئي – معدي – عفجي.

PAS	Periodic acid-Schiff.	حمض شيف الدوري.
PIP	Proximal interphalangeal.	بين سلامي داني.
PR	Per rectum.	عبر المستقيم.
PSA	Prostate specific antigen.	المستضد الموثي النوعي.
PT	Prothrombin time.	زمن البروترومبين.
PTC	Percutaneous transhepatic cholangiography.	تنظير الأقنية الصفراوية عبر الجلد.
PTH	Parathyroid hormone.	هرمون جارات الدرق.
PV	Per vagina.	عبر المهبل.
RAST	Radioallergen sorbent test.	اختبار الامتزاز الأرجي الشعاعي.
SLE	Systemic lupus erythematosus.	الذأب الحمامي الجهازي.
T_3	Tri-iodothyronine.	تيرونين ثلاثي اليود.
T_4	Thyroxine.	تيروكسين.
TB	Tuberculosis.	السل.
TFT_S	Thyroid function tests.	اختبارات وظائف الدرق.
TIA	Transient ischaemic attack.	هجمة إقفارية عابرة.
TIBC	Total iron- binding capacity.	السعة الكلية الرابطة للحديد.
TSH	Thyroid stimulating hormone.	الهرمون المنبه للدرق.
U&E	Urea and electrolytes.	البولة والكهارل.

من إصداراتنا الطبية

1. المرجع العلاجي الأول في الطب الباطني
2. دليل واشنطن الجراحي
3. الدليل العلاجي في طب الأطفال (مانيوال واشنطن)
4. مبادئ ممارسة الطب الباطني (موسبي – فري)
5. طب الأطفال الإسعافي
6. الطب الإسعافي الباطني
7. الأمراض الداخلية NMS
8. التقويم الذاتي في الأمراض الداخلية NMS
9. التقويم الذاتي في الجراحة NMS
10. التقويم الذاتي في طب الأطفال NMS
11. رفيق الطبيب العام ج1 (مراجعة شاملة لأبحاث الطب البشري)
12. رفيق الطبيب العام ج2 (مراجعة شاملة لأبحاث الطب البشري)
13. رفيق الطبيب العام ج3 (500 س و ج في الفحص السريري)
14. أسرار التشخيص السريري SECRET
15. علم التشريح السريري ع + E/سنل – الطرف العلوي والسفلي
16. علم التشريح السريري ع + E / سنل – الرأس والعنق
17. علم التشريح السريري ع+ E/ سنل مقدمة في التشريح والصدر والظهر
18. علم التشريح السريري ع + E / سنل – البطن والحوض والعجان
19. علم التشريح السريري ع + E /سنل (مجلد 4 أجزاء)
20. الشامل في الأدوية السريرية
21. مبادئ وأساسيات علم الصيدلة
22. المرجع في طب الأطفال الجزء الثاني (نلسون)
23. المرجع في طب الأطفال الجزء الثالث (نلسون)
24. المرجع في طب الأطفال الجزء الرابع (نلسون)

25. الأمراض الإنتانية عند الأطفال (نلسون)
26. الأمراض الهضمية عند الأطفال (نلسون)
27. الأمراض التنفسية عند الأطفال (نلسون)
28. الأمراض القلبية عند الأطفال (نلسون)
29. أمراض الدم والأورام عند الأطفال (نلسون)
30. أمراض الجهاز التناسلي والبولي عند الأطفال (نلسون)
31. الأمراض الغدية عند الأطفال (نلسون)
32. أمراض الخديج والوليد (نلسون)
33. الأمراض العصبية والاضطرابات العصبية العضلية (نلسون)
34. الأمراض العينية والأذنية والمخاطر البيئية عند الأطفال (نلسون)
35. الأمراض الجلدية عند الأطفال (نلسون)
36. أمراض الاستقلاب عند الأطفال (نلسون)
37. اضطرابات التغذية والسوائل (نلسون)
38. اضطرابات العظام والمفاصل عند الأطفال (نلسون)
39. أعراض وتشخيص الأمراض الهضمية عند الأطفال
40. المرجع في الجراحة العامة (شوارتز)
41. أسئلة الجراحة شوارتز
42. أطلس الجراحة العامة (ددلي) (الجزء الأول والثاني)
43. أطلس العمليات الأساسية في الجراحة البولية
44. مبادئ وأساسيات الجراحة البولية
45. أسس علم التخدير
46. التخدير السريري (سيانوبسيز)
47. التخدير المرضي ج1
48. التخدير المرضي ج2
49. التهوية الآلية
50. الاستشارات السابقة للعمل الجراحي

51. التخدير العملي
52. أبحاث مختارة في العلاج الفيزيائي/ الليزر
53. أبحاث مختارة في العلاج الفيزيائي/ المعالجة الكهربائية ج1
54. أبحاث مختارة في العلاج الفيزيائي/التيارات العصبية ج2
55. مبادئ المعالجة الفيزيائية العصبية
56. أساسيات التوليد وأمراض النساء ج1
57. أساسيات التوليد وأمراض النساء ج2
58. المعين في التوليد وأمراض النساء
59. الإيكوغرافي في التوليد وأمراض النساء
60. مبادئ وأساسيات التصوير بالأمواج فوق الصوت
61. التشخيص الإيكو غرافي السريري
62. البصريات والانكسار
63. المعين في طب الأسنان السريري (OXFORD)
64. دليل تخطيط القلب الكهربائي (عربي وإنكليزي)
65. تخطيط القلب الكهربائي ECG MADE EASY
66. الكسور والأذيات المفصلية
67. المعايير التصنيفية للأمراض الرثوية الجهازية
68. مبادئ وأساسيات التلقيح
69. تفسير النتائج المخبرية
70. حالات موجزة في الأمراض العصبية
71. ارتفاع ضغط الدم
72. تشخيص الصدر الشعاعي
73. أسئلة سريرية في العلامات الحيوية والمظهر العام
74. أسئلة سريرية في أمراض الجلد
75. أسئلة سريرية في أمراض العين
76. أسئلة سريرية في أمراض الأذن والأنف والفم

77. أسئلة سريرية في أمراض العنق والدرق والثدي والعقد البلغمية
78. أسئلة سريرية في الفحص القلبي الوعائي
79. أسئلة سريرية في أصوات القلب الطبيعية
80. أسئلة سريرية في النفخات القلبية
81. الرعاية المثالية للحامل والطفل ومراحل التطور الطبيعي
82. الأعراض والعلامات في الطب السريري (تشامبرلين)
83. طب العناية المركزة
84. 100 حالة مرضية في الأشعة الصدرية
85. الأمراض التنفسية (ديفيدسون)
86. أمراض جهاز الهضم والبنكرياس (ديفيدسون)
87. الداء السكري وأمراض الغدد الصم (ديفيدسون)
88. الأمراض العصبية (ديفيدسون)
89. الأمراض القلبية (ديفيدسون)
90. أمراض الكلية والجهاز التناسلي (ديفيدسون)
91. أمراض الكبد والسبيل الصفراوي (ديفيدسون)
92. المرجع الشامل في اللقاحات
93. مبادئ العناية بالمريض الجراحي
94. أسئلة في مبادئ الجراحة الأساسية (غرين فيلد)
95. المعالجة الدوائية للأمراض النفسية
96. اليرقان الوليدي
97. تصوير البطن الشعاعي
98. التشخيص التفريقي